

Efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en atención primaria

M.J. Gil de Gómez Barragán^a y E. Ramalle-Gómara^b

Objetivos. Revisar y actualizar la evidencia sobre la efectividad de la valoración geriátrica comprensiva (VGC) en los ancianos realizada en el ámbito comunitario.

Diseño. Revisión sistemática.

Fuentes de datos. MEDLINE (enero de 1997 a noviembre de 2001) y The Cochrane Library, completada con búsqueda manual.

Selección de estudios. Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que estudiaran los efectos de una VGC en individuos mayores de 64 años no institucionalizados. Se incluyeron los que valoraban la mortalidad, la institucionalización o el estado funcional. Se excluyeron los realizados tras el alta hospitalaria y en el ámbito no comunitario. Se revisaron 133 resúmenes y se analizaron 16 artículos.

Extracción de datos. Calidad metodológica evaluada con la escala de Jadad adaptada. Se elaboró una ficha de datos para recoger información sobre las características de la población, la intervención y los principales resultados.

Resultados. La calidad de los ensayos fue adecuada, aunque con importantes diferencias metodológicas.

En 11 ensayos no se encontraron efectos favorables en las variables de resultado estudiadas. En 5 de los 12 ensayos que valoraban el estado funcional y en uno de los 12 que evaluaron las admisiones a instituciones se encontró algún efecto favorable. En ninguno de los 9 estudios con datos sobre mortalidad se encontraron resultados favorables.

Conclusiones. La evidencia sobre la efectividad de la VGC de los ancianos no institucionalizados sigue siendo inconsistente e insuficiente. No obstante, dada la complejidad de esta intervención, parece prudente seguir realizando una VGC a los ancianos en el ámbito de la atención primaria hasta que nuevos estudios, en nuestro entorno, clarifiquen el papel de estos programas.

Palabras clave: Valoración geriátrica comprensiva. Ancianos. Efectividad. Atención primaria. Revisión sistemática.

EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN PRIMARY CARE

Objective. To review and update evidence on the effectiveness of the comprehensive geriatric assessment (CGA) of the elderly in the community environment.

Design. Systematic review.

Data sources. MEDLINE (January 1997 to November 2001) and The Cochrane Library, completed with a manual search.

Selection of studies. Randomised clinical trials (RCT) to study the effects of a CGA in people over 64 and not in an institution. Trials that assessed mortality, institutionalisation and functional status were included. Those conducted after hospital discharge or not in a community environment were excluded. 133 summaries were reviewed and 16 articles analysed.

Data extraction. Methodological quality assessed with adapted Jadad scale. A data archive was worked out to collect information on characteristics of the population and the intervention and on the main findings.

Results. The quality of the trials was adequate, though they had important methodological differences. Eleven trials found no favourable effects in the result variables studied. Five of the twelve trials which assessed functional status and one of the twelve that evaluated admissions to institutions found some favourable effect. None of the nine studies with mortality data found favourable results.

Conclusions. Evidence for the effectiveness of the CGA for the elderly not in institutions continues to be inconsistent and insufficient. Nevertheless, given the complexity of this intervention, it seems prudent to continue to conduct CGAs of the elderly in the PC environment until such time as further studies clarify the role of these programmes.

Key words: Comprehensive geriatric assessment. Elderly. Effectiveness. Primary care. Systematic review.

^aUnidad Docente de MFyC. La Rioja. España.

^bConsejería de Salud y Servicios Sociales. La Rioja. España.

Correspondencia:
M.^a Josefa Gil de Gómez.
Unidad Docente de La Rioja.
C/ Pío XII, 12 bis.
26003 Logroño (La Rioja).
España.
Correo electrónico:
jgil@gaplo01.insalud.es

Manuscrito recibido el 22 de julio de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de febrero de 2003.

Introducción

La valoración geriátrica comprensiva (VGC), también denominada global, multidimensional o exhaustiva, es un proceso diagnóstico dinámico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas y las necesidades de los ancianos y poner en marcha un plan de tratamiento integrado, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos¹⁻³.

Su uso, inicialmente hospitalario y geriátrico, se ha introducido en atención primaria (AP) como un instrumento para mejorar la salud y prestar una adecuada atención sanitaria a las personas mayores⁴.

A pesar de las diferentes estrategias de aplicación, su utilidad sigue siendo motivo de interés en todos los ámbitos donde se realiza. No hay dudas sobre su bondad para detectar problemas no descubiertos en la práctica habitual⁵⁻⁷, pero su efectividad sigue siendo discutida. Aunque parece tener beneficios positivos en el ámbito institucional, todavía se mantiene la controversia sobre su efectividad en el medio comunitario⁸.

Un primer metaanálisis⁹ indicó efectos positivos en el ámbito institucional pero los resultados fueron heterogéneos en el ámbito comunitario. Las revisiones sistemáticas recientes^{10,11} siguen aportando resultados controvertidos. Los efectos sobre la mortalidad, los ingresos en instituciones y el estado funcional no son consistentes. En el metaanálisis realizado por Van Haastregt et al¹⁰ se concluye que no existe ninguna evidencia clara sobre los efectos de las visitas domiciliarias preventivas. En el de Elkan et al¹¹ se pone de manifiesto que estos programas tienen efectos positivos en la mortalidad y los ingresos en instituciones de larga estancia pero no en el estado funcional. Con el fin de conocer si la VCG utilizada en el ámbito de la AP reduce la mortalidad y la institucionalización (número de ingresos en hospitales y en residencias) y mejora el estado funcional de los ancianos, el objetivo de este estudio es valorar y actualizar la evidencia de la efectividad de la valoración geriátrica comprensiva realizada en el ámbito comunitario

Material y métodos

Estrategia de la búsqueda

Para la identificación de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) publicados con posterioridad a las últimas revisiones, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos MEDLINE (enero de 1997 a noviembre de 2001) y en The Cochrane Library (The Cochrane Controlled Trials Register). Se completó con una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas de las publicaciones seleccionadas y de los artículos de revisión sobre el tema.

Se utilizaron como palabras clave *geriatric assessment* y *elderly* y los descriptores sinónimos del Tesauro MeSH para estos dos tér-

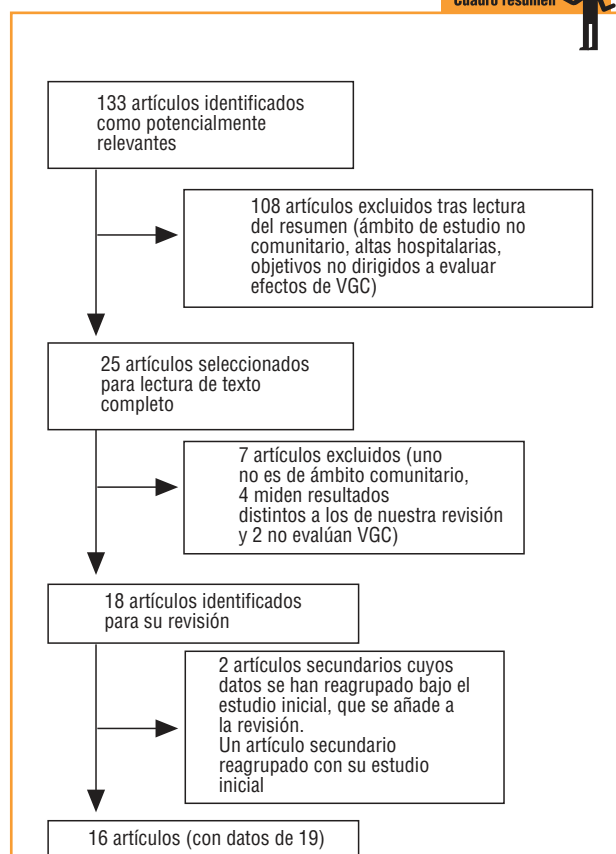
minos. Como campos límite se han utilizado *aged* (65 o más años) y *randomized controlled trial*. No se impuso ninguna restricción al idioma.

Selección de estudios

En una primera fase se seleccionaron todos los artículos cuyo diseño era un ECA y estudiaban los efectos de intervenciones que consistían en cualquier tipo de valoración geriátrica en población de 65 o más años no institucionalizada. Se excluyeron los artículos que hacían referencia a pacientes que habían sido dados de alta en un hospital o de ámbito institucional (la selección de los pacientes y la intervención se realizaban en el ámbito hospitalario). Estos criterios se valoraron en el título, el resumen y las palabras clave.

Se localizó el texto completo de los artículos seleccionados y en una segunda etapa se incluyeron los artículos que cumplían los siguientes criterios: *a)* la intervención consistía en una valoración o evaluación multidimensional del anciano en al menos dos de las áreas siguientes: médica, funcional, mental, psicosocial y ambiental. Esta evaluación se completaba con un plan de actuación y seguimiento dirigido a tratar o prevenir los problemas o riesgos detectados, y *b)* se presentaban estimaciones de al menos una de las

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Identificación de los 16 ECA seleccionados.

**TABLA
1**

Estudio	Tamaño: intervención (control)	Tiempo de seguimiento (meses)	Características de los pacientes	Intervención
Stuck et al, 1995 ³⁸ (EE.UU.)	215 (219)	36	Mayores de 74 años Voluntarios extraídos de una lista de votantes	HAPSA programa: valoración geriátrica comprensiva en el domicilio Actividades de educación para la salud y prevención. Discusión de casos con geriatra. Plan de cuidados y seguimiento de recomendaciones. Visitas cada 3 meses y, si es necesario, contactos telefónicos
Toseland et al, 1997 ³⁵ (EE.UU.)	80 (80)	24	Mayores de 54 años Voluntarios extraídos de archivos clínicos (VAMC) Pacientes con 10 o más visitas médicas en el año anterior y dependencia en AVD	Valoración geriátrica multidimensional inicial, plan de cuidados, seguimiento y revaluaciones posteriores Actividades de prevención y promoción de la salud. Derivación a servicios oportunos Visitas a los 8, 16 y 24 meses
Moore et al, 1997 ²⁶ (EE.UU.)	112 (149)	6	Mayores de 69 años De habla inglesa libres de enfermedad aguda o terminal y con capacidad para responder a preguntas	Valoración inicial con SF-36, visión, audición, incontinencia y actividad física. Cuestionarios postales sobre salud al mes y los 6 meses Notificación a médico de cabecera de problemas detectados. Seguimiento de las intervenciones médicas realizadas sobre problemas detectados
Fordyce et al, 1997 ²² (EE.UU.)	332 (764)	36	Mayores de 64 años Voluntarios que respondieron a un cuestionario autoadministrado en domicilio	Valoración inicial del estado de salud, funcional y social, mediante examen médico, cuestionario de depresión, índice de Katz, evaluación de Tinetti del equilibrio y la marcha, visión, audición y test de Folstein Visita anual por enfermera, examen físico y funcional, pruebas complementarias si era necesario. Contactos telefónicos para ver seguimiento y recomendaciones
Leveille et al, 1998 ²⁵ (EE.UU.)	101 (100)	12	Mayores de 69 años Voluntarios, proporcionados por médicos (archivos clínicos), que presentaban alguna enfermedad crónica y eran independientes para caminar y realizar las AVD	Cuestionario postal y valoración inicial. Salud general, estatus y capacidad funcional, síntomas depresivos, enfermedades crónicas, conductas saludables, actividad y valoración física, medicación Discusión de casos con médico general Actividades de promoción de la salud y de prevención primaria y secundaria Derivación a servicios oportunos Visitas a 6 y 12 meses y contactos telefónicos
Reuben et al, 1999 ³¹ (EE.UU.)	180 (183)	15	Mayores de 64 años Seleccionados mediante un cuestionario de cribado para incluir a personas con, al menos, una de 4 condiciones crónicas: caídas, incontinencia, síntomas depresivos y déficit funcional	Entrevista estructurada de salud física, mental, capacidad funcional, social y valoración inicial multidimensional (VGC), más intervención para asegurar el cumplimiento de las recomendaciones con implicación de médicos generales Contactos telefónicos

Continúa

**TABLA
1**

Estudio	Tamaño: intervención (control)	Tiempo de seguimiento (meses)	Características de los pacientes	Intervención
Coleman et al, 1999 ¹⁹ (EE.UU.)	96 (73)	24	Mayores de 64 años Voluntarios extraídos de archivos de HMO con alto riesgo de hospitalización y deterioro funcional	Chronic Care Clinics (CCC): programa de intervención con varios componentes Valoración inicial del grado de salud, enfermedades crónicas, medicación. Revaluación a los 12 y 24 meses Visitas cada 3-4 meses El personal del estudio no proporcionó cuidados directos al paciente
Close et al, 1999 ¹⁸ (Reino Unido)	184 (213)	12	Mayores de 64 años Personas que acuden al servicio de urgencias con diagnóstico de caída	Valoración inicial: examen general, agudeza visual, equilibrio, nivel cognitivo (Folstein), depresión, estudio de los senos carotídeos En el domicilio, riesgos ambientales y Barthel Encuesta postal cada 4 meses: información sobre caídas, lesiones, visitas a médicos, hospitalizaciones y nivel funcional
Dalby et al, 2000 ²⁰ (Canadá)	73 (69)	14	Mayores de 69 años Voluntarios extraídos de archivos clínicos de 2 médicos de AP; que informaron que presentaban déficit funcional o ingresos hospitalarios o desamparo en los 6 meses anteriores	Valoración geriátrica multidimensional. Plan de cuidados discutido con el médico de AP, el paciente, la familia y los cuidadores Educación para la salud y soporte psicosocial Derivación a los servicios oportunos Visitas y contactos telefónicos
Stuck et al, 2000 ³⁴ (Suiza)	264 (527)	36	Mayores de 74 años Voluntarios extraídos de la lista de un seguro de salud general Entrevista inicial en el domicilio sobre la salud y la capacidad funcional para establecer dos grupos: alto y bajo riesgo según 6 criterios predictores de déficit funcional	Valoración geriátrica multidimensional anual (HAPSA) Actividades de educación para la salud y prevención Supervisión con refuerzo para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones Discusión de casos con el geriatra y, en casos concretos, con el equipo multidisciplinario Contactos con el médico de AP Visitas cada 3 meses, contactos telefónicos
Rockwood et al, 2000 ³² (Canadá)	95 (87)	12	Ancianos frágiles referidos por los médicos de familia de 3 comunidades rurales	Valoración inicial: salud mental, emocional, comunicación, funcionalidad, movilidad, equilibrio, calidad de vida, nutrición, actividades de la vida diaria y situación social. Examen clínico Atención multidisciplinaria (geriatra, trabajador social, fisioterapeuta, etc.) en un promedio de tres visitas
Boult et al, 2000 ¹³ (EE.UU.)	2.206 (1.708)	12	Mayores de 64 años Beneficiarios de MEDICARE con alto consumo de recursos de salud	Valoración inicial: estado funcional, cognitivo, médico y social. Plan de cuidados individualizado Visitas a domicilio y contacto telefónico para coordinar recursos, transporte, rehabilitación, comidas, pagos

Continúa

**TABLA
1**

Características de los 16 ensayos incluidos en la revisión de la efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en el ámbito comunitario (continuación)

Estudio	Tamaño: intervención (control)	Tiempo de seguimiento (meses)	Características de los pacientes	Intervención
Van Haastregt et al, 2000 ³⁶ (Holanda)	159 (157)	18	Mayores de 70 años con riesgo y antecedentes de caídas Extraídos de los registros de médicos generales	VG multidimensional: caídas, movilidad, AVD, salud física, función social, cognitiva y psicosocial y medicación Actividades de promoción y prevención y derivación en casos necesarios. Visitas a domicilio
Boult et al, 2001 ¹⁴ (EE.UU.)	294 (274)	18	Mayores de 69 años Pacientes con alto riesgo de hospitalización y de déficit funcional	Cuestionario inicial de valoración de riesgo elevado Primera visita en el domicilio por parte del trabajador social, la enfermera y el geriatra. Resto de visitas en la clínica Llamadas telefónicas a domicilio para el seguimiento
Hogan et al, 2001 ²³ (Canadá)	79 (84)	12	Mayores de 64 años Pacientes con una caída en los 3 meses anteriores por una actividad que no fuera de riesgo	Valoración multidimensional: capacidad física, salud mental, caídas Plan personalizado de ejercicio físico Recomendaciones para evitar caídas
Newbury et al, 2001 ²⁸ (Australia)	50 (50)	12	Mayores de 74 años independientes Extraídos de los registros administrativos de médicos generales	Visita inicial: valoración multifactorial: nivel de salud (SF-36), salud mental, afectiva, AVD, movilidad, hábitos saludables Derivaciones a servicios oportunos

AVD: actividades de la vida diaria; VG: valoración geriátrica; HAPSA: Home Assessment Program for Ageing; VAMC: Veterans Affairs Medical Center; MOS SF-36: Medical Outcomes Study Short Form-36; HMO: Health Maintenance Organization.

medidas de resultado siguientes: mortalidad, admisiones a instituciones (hospitalarias, residencias o instituciones de larga estancia) y estado funcional (alguna medida de función física o valoración funcional). Se utilizaron de nuevo los criterios de exclusión de la fase anterior.

Evaluación de la calidad de los estudios

Se valoró la calidad metodológica de los ECA analizados con la escala propuesta por Jadad et al¹² adaptada a este tipo de intervención. La valoración global es cuantitativa (de 0 a 5). Para este estudio se ha valorado el enmascaramiento de la intervención a los investigadores y/o personal de la investigación en la valoración del anciano y de la variable respuesta.

Extracción de los datos

Se elaboró una ficha de recogida de datos para cada artículo y se extrajo la siguiente información estructurada: año, país, número de individuos en cada grupo de estudio, edad y características de los sujetos seleccionados, tipo, características y homogeneidad de la intervención, duración del estudio, equipo de trabajo, homogeneidad del efecto y resultados (estado funcional, admisión a instituciones y mortalidad).

Se consideró que el resultado era favorable cuando existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el grupo control.

La selección de los estudios, la evaluación de su calidad y la extracción de los datos se realizó de forma independiente por los dos investigadores, y los desacuerdos se resolvieron por consenso.

Resultados

En una primera etapa se seleccionaron 25 resúmenes¹³⁻³⁷ de 133 revisados. Tras leer el texto completo y aplicar los restantes criterios de selección se incluyeron 18 artículos. Tres de ellos^{15,17,29} analizaban subgrupos de dos estudios previos^{35,38} y sus resultados se incluyeron bajo el epígrafe de estos dos estudios originales. En el trabajo de Stuck et al³⁸ se han incluido los resultados de Bula et al¹⁵ y Cho et al¹⁷. En el trabajo de Toseland et al³⁵ se han incluido los resultados de O'Donnell et al²⁹. Por ello, finalmente, se revisaron 16 artículos^{13,14,18-20,22,23,25,26,28,31,32,34-36,38}.

Su calidad metodológica, según la escala de Jadad, fue de 3,5 puntos de mediana (máximo 5, mínimo 1).

En la tabla 1 se presentan las características más importantes de los ensayos analizados.

Las fuentes de información fueron registros médicos excepto en el de Stuck et al³⁸, que utilizó un registro poblacional. En 12 estudios los participantes eran ancianos vulnerables o de riesgo. Las intervenciones y los planes de cuidados fueron heterogéneos. En casi todos los estudios el médico general participó en la discusión de los casos complejos o del plan de cuidados y las recomendaciones. Sólo en dos trabajos^{19,26} los cuidados y el seguimiento fueron realizados exclusivamente por los médicos generales.

TABLA 2 Resultados de los 16 ensayos que valoran la efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en el ámbito comunitario

Estudio	Resultado (intervención frente a control)		
	Estado funcional	Admisión en instituciones	Mortalidad
Stuck et al, 1995 ³⁸ (EE.UU.) ^a	Efectos favorables en las ABVD Sin efectos favorables en las actividades instrumentales (AIVD) Efectos favorables en subgrupo de sujetos independientes en ABVD al inicio	Efectos favorables: disminuye el número de admisiones en residencias de larga estancia Sin efectos en el número de admisiones en el hospital ni en residencias de corta estancia	Sin efectos favorables
Toseland et al, 1997 ³⁵ (EE.UU.) ^b	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables
Moore et al, 1997 ²⁶ (EE.UU.)	Sin efectos favorables	No evaluado	No evaluado
Fordyce M et al, 1997 ²² (EE.UU.)	No evaluado	Sin efectos favorables	No evaluado
Leveille et al, 1998 ²⁵ (EE.UU.)	Efectos favorables en las actividades de la vida diaria Sin mejoría en la función física	Sin efectos favorables	No evaluado
Reuben et al, 1999 ³¹ (EE.UU.)	Efectos favorables en función física	No evaluado	No se puede valorar
Coleman et al, 1999 ¹⁹ (EE.UU.)	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables
Close et al, 1999 ¹⁸ (Reino Unido)	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables	No evaluado
Dalby et al, 2000 ²⁰ (Canadá)	No evaluado	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables
Stuck et al, 2000 ³⁴ (Suiza)	Efectos favorables en las actividades instrumentales de la vida diaria sólo en las personas de bajo riesgo Sin efectos sobre las ABVD	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables
Rockwood et al, 2000 ³² (Canadá)	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables
Boult et al, 2000 ¹³ (EE.UU.)	No evaluado	Sin efectos favorables	No evaluado
Van Haastregt et al, 2000 ³⁶ (Holanda)	Sin efectos favorables	No evaluado	Sin efectos favorables
Boult et al, 2001 ¹⁴ (EE.UU.)	Efectos favorables	No evaluado	Sin efectos favorables
Hogan et al, 2001 ²³ (Canadá)	No evaluado	Sin efectos favorables	No evaluado
Newbury et al, 2001 ²⁸ (Australia)	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables	Sin efectos favorables

ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

^aEn el trabajo de Stuck et al³⁸ se han incluido los resultados de dos estudios secundarios: Bula et al¹⁵ y Cho et al¹⁷.

^bEn el trabajo de Toseland et al³⁵ se han incluido los resultados de un estudio secundario: O'Donnell et al²⁹.

Los resultados más importantes de los estudios analizados se presentan en la tabla 2.

En 11 ensayos^{13,18-20,22,23,26,28,32,35,36} no se encontraron efectos favorables en las variables resultado. En los otros 5 estudios se obtuvo al menos un efecto favorable de la intervención.

Capacidad funcional

En 5 de los 12 ensayos^{14,18,19,25,26,28,31,32,34-36,38} que valoraban el estado funcional el grupo de intervención presentó mejoría en alguna de las medidas siguientes: en las actividades básicas de la vida diaria³⁸, en las actividades instrumentales de la vida diaria, pero sólo en el grupo de bajo riesgo³⁴ y en alguno de los tests validados sobre salud física y capacidad funcional (SF36,HAQ,SIP)^{14,25,31}.

Admisión a instituciones

En 12 ensayos^{13,18-20,22,23,25,28,32,34,35,38} se valoraron las admisiones a instituciones. En ninguno se encontraron diferencias significativas en las admisiones a hospital. Sólo

en el estudio de Stuck et al³⁸ se encontraron efectos favorables en las admisiones en residencias o instituciones de larga estancia.

Mortalidad

Nueve ensayos aportan datos sobre la mortalidad^{14,19,20,28,32,34-36,38}. En ninguno de ellos se encontraron resultados favorables.

Discusión

Limitaciones del estudio

La estrategia de búsqueda se ha restringido a dos bases de datos. Aunque se optó por un descriptor amplio, completado con una búsqueda manual, es posible que no se hayan encontrado algunos ensayos relevantes o no publicados. Se ha utilizado la escala de Jadad y, aunque la calidad de los ensayos analizados se consideró adecuada, presentaban importantes diferencias metodológicas y dos de ellos^{13,22}

se valoraron con menos de 3 puntos. Además, a esta escala se le ha atribuido que no valora si la asignación fue oculta y que sólo tiene en cuenta la descripción de las retiradas y abandonos³⁹.

Finalmente, no se han realizado unos análisis de conjunto de los resultados debido a la heterogeneidad de las intervenciones, hechos que pueden comprometer el verdadero efecto (tamaño y dirección) de la VGC en el medio comunitario.

Análisis de los resultados

Los resultados de este trabajo indican que la evidencia sobre la efectividad de la VGC de los ancianos que viven en la comunidad sigue siendo insuficiente. Los resultados son inconsistentes y controvertidos. La VGC no parece ser efectiva para reducir mortalidad. En cuanto a las admisiones institucionales, la efectividad es muy escasa. Respecto a la situación funcional, los resultados son discretos.

Estos resultados coinciden con las conclusiones de otros trabajos de revisión^{9,10}. Aunque el trabajo de Stuck et al⁹ se realizó en el año 1993 y el de Van Haastregt et al¹⁰ se centra en la VGC realizada en el domicilio, los resultados no parecen haber mejorado. El primero señalaba que el período de seguimiento podía ser un factor determinante en la valoración de los efectos de los programas de evaluación geriátrica. En nuestro estudio, 5 trabajos que aportan datos sobre mortalidad tienen un período de seguimiento menor de 2 años, con lo cual los resultados sobre la mortalidad podrían no ser concluyentes.

Respecto a las admisiones en residencias o instituciones de larga estancia, los efectos de la intervención son inconsistentes: los estudios de Stuck et al^{34,38}, a pesar de estar realizados con la misma metodología, obtienen resultados opuestos.

Por otro lado, este tipo de intervención no disminuye las admisiones hospitalarias, confirmandose así lo hallado en las revisiones anteriores.

Parece haber más claridad respecto al estado funcional. Los estudios en los que no se han encontrado efectos favorables son, en general, de pequeño tamaño, con lo cual el poder de las estimaciones es insuficiente para encontrar diferencias significativas. La mejoría parece ser más clara en los grupos de bajo riesgo al inicio del estudio^{15,34}. Estos resultados son coherentes con los encontrados en un metaanálisis⁴⁰ publicado con posterioridad a la fecha de nuestra revisión. En él se concluye que los programas de visitas preventivas en el domicilio son efectivos si las intervenciones se basan en una VG multidimensional, incluyen múltiples visitas domiciliarias de seguimiento y se dirigen a personas de bajo riesgo de muerte y de menor edad.

La edad es otro factor que se relaciona con la efectividad. Algunos autores encuentran mejores resultados en las personas mayores de 74 años. En nuestro estudio, tres trabajos^{28,34,38} se han dirigido a esta población. En uno de ellos²⁸ no se encontraron efectos a favor. En los otros dos,



Lo conocido sobre el tema

- La VGC parece tener efectos positivos en el ámbito institucional, pero su efectividad en el medio comunitario es controvertida.
- Un metaanálisis publicado en el año 2000, que incluye 15 ECA sobre los efectos de la visita domiciliaria preventiva, concluye que no existe ninguna evidencia clara.
- Un metaanálisis publicado en el año 2001 que analiza 15 ECA señala que las visitas domiciliarias tienen efectos positivos sobre la mortalidad y los ingresos en instituciones de larga estancia en ancianos de bajo y alto riesgo, pero no observa efectos en el estado funcional.

Qué aporta este estudio

- La evidencia sobre la efectividad de la VGC de los ancianos que viven en la comunidad sigue siendo insuficiente.
- La VGC no parece ser efectiva en reducir mortalidad. La efectividad es escasa para reducir las admisiones institucionales y discreta respecto al estado funcional.
- Es recomendable realizar estudios en nuestro medio que confirmen estos resultados.

los efectos, aunque favorables en institucionalización y estado funcional, son inconsistentes. Estos resultados son coherentes con los encontrados en el metaanálisis de Stuck et al⁴⁰.

Otro factor relacionado con el éxito de los programas de prevención en el domicilio es el cumplimiento de las recomendaciones por parte de los pacientes y los médicos. Sólo un estudio³¹ incluyó una intervención dirigida a obtener resultados en esta dirección, no encontrando efectos favorables.

Nuestros resultados difieren de los de Elkan et al¹¹, quienes encontraron efectos favorables de las visitas domiciliarias en la mortalidad y las admisiones en residencias de larga estancia y no en el estado funcional. Estas diferencias pueden explicarse porque incluyen estudios realizados hasta 1997 y algunos dirigidos a pacientes dados de alta en un hospital. Nuestro trabajo incluye estudios posteriores, excluye las altas hospitalarias y la intervención se realiza en el domicilio o en consultas médicas. Aunque Elkan et al realizan un metaanálisis y la estimación de sus resultados podría ser más adecuada, estos resultados no parecen ser coherentes con los efectos propios de las visitas domiciliarias, tal como señalan Stuck et al⁴⁰.

La heterogeneidad de la intervención dificulta saber cuáles son los elementos más eficaces de este proceso. En los estudios revisados existen importantes diferencias en los componentes que se valoran sobre la salud del anciano, los tests utilizados y el número de visitas, no se informa en qué medida se cumplió el plan establecido ni la posibilidad de contaminación del grupo control, motivos que podrían disminuir los efectos de la intervención. Esta interpretación es coherente con los comentarios de Clark⁴¹, para quien la efectividad de las visitas preventivas domiciliarias no pueden ser juzgadas sólo por ECA. El número de variables independientes implicadas es incontrolable y, además, parece oportuno investigar qué otros indicadores, en lugar de la mortalidad y la morbilidad, podrían seleccionarse para medir los resultados de esta intervención y la efectividad del servicio.

Implicaciones para la práctica en atención primaria

Ante estos resultados, hasta el momento inconsistentes, parece prudente seguir realizando una VGC a los ancianos en el ámbito de la AP. Los programas de actividades preventivas en el domicilio, estandarizados y dirigidos a ciertos subgrupos, ancianos de menor edad y de bajo riesgo, parecen retrasar la incapacidad funcional.

Recomendaciones

Se necesitan más estudios que identifiquen qué componentes de esta intervención son los más importantes y en qué grupos de población son más efectivos. Es tanta la heterogeneidad de la intervención, del proceso y de las medidas de los resultados que es necesario establecer un consenso para estandarizar estos aspectos. También parece recomendable considerar la investigación cualitativa y otros indicadores, como la calidad de vida, la satisfacción, etc., para valorar esta intervención. Es conveniente y necesario reproducir estos estudios en nuestro medio y valorar la efectividad de estos programas tanto en el domicilio como en las consultas de AP.

Bibliografía

1. Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision making. NIH Consens Statement 1987;6:1-21.
2. De Alba C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria 2001; 28(Supl 2):161-80.
3. Guillén F, López-Dóriga P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Anamnesis y exploración física. Indicaciones de pruebas complementarias. Medicine 1995;6:3845-53.
4. Martín I, Gorroñoigoitia A, Fernández A, Gerediaga E, Gorostiaga I. Valoración y abordaje de la población anciana en atención primaria de salud. En: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, editor. Atención al anciano. Madrid: Eurobook, 1997; p. 11-47.
5. Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. N Engl J Med 1990;322:1207-14.
6. Benítez MA, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. Aten Primaria 1994;13:8-14.
7. Gudmundsson A, Carnes M. Geriatric assessment: Making it work in primary care practice. Geriatrics 1996;51:55-65.
8. Egger M. When, where, and why do preventive home visits work? [commentary]. BMJ 2001;323:8-9.
9. Stuck AE, Siu A, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993;342:1032-6.
10. Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, De Witte LP. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ 2000;320:754-8.
11. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2001;323:1-9.
12. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 1996; 17:1-12.
13. Boulton C, Rassen J, Rassen A, Moore RJ, Robison S. The effect of case management on the costs of health care for enrollees in Medicare Plus Choice plans: a randomized trial. J Am Geriatr Soc 2000;48:996-1001.
14. Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. J Am Geriatr Soc 2001;49:351-9.
15. Bula CJ, Berod AC, Stuck AE, Alessi CA, Aronow HU, Santos-Eggimann, B et al. Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people: secondary analysis of a randomized trial. J Am Geriatr Soc 1999;47:389-95.
16. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ. Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. J Am Geriatr Soc 2000;48:8-13.
17. Cho CY, Alessi CA, Cho M, Aronow HU, Stuck AE, Rubenstein LZ, et al. The association between chronic illness and functional change among participants in a comprehensive geriatric assessment program. J Am Geriatr Soc 1998;46:677-82.
18. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. Lancet 1999;353:93-7.
19. Coleman EA, Grothaus LC, Sandhu N, Wagner EH. Chronic care clinics: a randomized controlled trial of a new model of primary care for frail older adults. J Am Geriatr Soc 1999;47:775-83.
20. Dalby DM, Sellors JW, Fraser FD, Fraser C, Van Ineveld C, Howard M. Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. CMAJ 2000;162:497-500.
21. Eekhof J, De Bock G, Schaapveld K, Springer M. Effects of screening for disorders among the elderly: an intervention study in general practice. Fam Pract 2000;17:329-33.
22. Fordyce M, Bardole D, Romer L, Soghikian K, Fireman B. Senior Team Assessment and Referral Program-STAR. J Am Board Fam Pract 1997;10:398-406.
23. Hogan DB, MacDonald FA, Betts J, Bricker S, Ebly EM, Delarue B, et al. A randomized controlled trial of a community-based consultation service to prevent falls. CMAJ 2001;165:537-43.
24. Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB. Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. Med Care 1999;37: 1199-206.

25. Leveille SG, Wagner EH, Davis C, Grothaus L, Wallace J, LoGerfo M, et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:1191-8.
26. Moore AA, Siu A, Partridge JM, Hays RD, Adams J. A randomized trial of office-based screening for common problems in older persons. *Am J Med* 1997;102:371-8.
27. Morishita L, Boulton C, Boulton L, Smith S, Pacala JT. Satisfaction with outpatient geriatric evaluation and management (GEM). *Gerontologist* 1998;38:303-8.
28. Newbury JW, Marley JE, Beilby JJ. A randomised controlled trial of the outcome of health assessment of people aged 75 years and over. *Med J Aust* 2001;175:104-7.
29. O'Donnell JC, Toseland RW. Does geriatric evaluation and management improve the health behavior of older veterans in psychological distress? *J Aging Health* 1997;9:473-97.
30. Patterson C, Molloy DW, Guyatt GH, Bedard M, North J, Hassard J, et al. Systematic implementation of an advance health care directive in the community. *Can J Nurs Adm* 1997;10:96-108.
31. 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.
32. Rockwood K, Stadnyk K, Carver D, MacPherson KM, Beanlands HE, Powell C, et al. A clinimetric evaluation of specialized geriatric care for rural dwelling, frail older people. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1080-5.
33. Schmidt JA, Gruman C, King MB, Wolfson LI. Attrition in an exercise intervention: a comparison of early and later dropouts. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:952-60.
34. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000;160:977-86.
35. Toseland RW, O'Donnell JC, Engelhardt JB, Richie J, Jue D, Banks SM. Outpatient geriatric evaluation and management: is there an investment effect? *Gerontologist* 1997;37:324-32.
36. Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, Voorthoeve PM, Crebolder HFJ. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. *BMJ* 2000;321:994-8.
37. Wasson JH, Stukel TA, Weiss JE, Hays RD, Jette AM, Nelson EC. A randomized trial of the use of patient self-assessment data to improve community practices. *Eff Clin Pract* 1999;2:1-10.
38. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Bula CJ, Gold MN, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;333:1184-9.
39. Jüni P, Witschi A, Bloch R, Egger M. The hazards of scoring the quality of clinical trials for meta-analysis. *JAMA* 1999;282:1054-60.
40. Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *JAMA* 2002;287:1022-8.
41. Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials [editorial]. *BMJ* 2001;323:708.