

¿Debemos uniformar los instrumentos de evaluación geriátrica?

Cruz Jentoft, A. J.

Unidad de Geriatria. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Es ya casi un tópico afirmar que la evaluación geriátrica es el instrumento fundamental de nuestra especialidad. Sin embargo, como afirma Robert Kane, la evaluación geriátrica se presenta en multitud de tallas, formas y colores. Esta impresión se confirma tras leer el artículo de Abizanda y colaboradores publicado en este ejemplar de la Revista, en el que se describen los muy diversos instrumentos de valoración geriátrica usados en los Servicios de Geriatria de España (1). Los autores se muestran partidarios en sus conclusiones de establecer unos instrumentos comunes y estandarizados. No obstante, esta postura es más compleja de sostener de lo que parece. Veamos por qué.

La implantación de instrumentos de valoración homogéneos, amplios, estandarizados y de calidad ha demostrado con creces ser beneficiosa, al menos en algunos niveles residenciales (2,3). La valoración precisa del individuo es una de las bases fundamentales del éxito del manejo del enfermo geriátrico. Los sistemas de clasificación del usuario dirigidos a mejorar la gestión también pueden ser útiles si se utilizan con ese objeto (4). Sin embargo, no existe hasta hoy evidencia en la literatura para apoyar o rechazar la homogeneización de los instrumentos de evaluación en todo un territorio (nacional o supranacional). Sus ventajas y desventajas permanecen en gran parte en el terreno de la especulación.

Algunas virtudes de la uniformidad de herramientas parecen evidentes. Por ejemplo, la homogeneidad facilita el intercambio y la comparación de información entre niveles asistenciales, centros o países (5). Abre también la posibilidad de incluir la información en grandes bases de datos informatizadas compatibles, lo que sin duda empujaría de forma significativa la investigación sobre los problemas del paciente mayor y sobre los niveles asistenciales. El aprendizaje y el intercambio de profesionales serían más sencillos, y podría mejorar indirectamente el «prestigio» de la especialidad (todas las especialidades médicas tienen un cúmulo de técnicas comunes, independientemente del centro en el que se practiquen). Por último, obliga a todos los centros uniformados a usar instrumentos y a que sean escalas bien validadas, pudiendo influir favorablemente en los resultados y la calidad de la asistencia. No es de extrañar, ante estos argumentos, que otros países de nuestro entorno estén realizando esfuerzos recientes de uniformidad, como está sucediendo en Escandinavia (6).

Sin embargo, antes de recomendar alegremente la homogeneización, es preciso considerar también sus desventajas teóricas. Los pacientes ancianos se caracterizan por ser más heterogéneos en todos los parámetros que los de cualquier otra edad, y por tanto son los más difíciles de homogeneizar en cualquier aspecto. Como consecuencia, la Geriatria es la especialidad médica más rica en niveles asistenciales, intentando adaptarse precisamente a esta variabilidad (7-9). Esta realidad se refleja en la variabilidad en la selección de instrumentos en función del nivel asistencial dentro de cada Servicio de Geriatria (1). Parece evidente, por ello, que la uniformidad de herramientas debe definirse para cada nivel. Esto supondría que los niveles asistenciales deben ser también equiparables en todos los servicios, lo que por el momento dista de ser cierto.

La situación es aún más compleja si se desea que la información más relevante obtenida de la evaluación acompañe al paciente a lo largo de los niveles asistenciales. En este caso (que parece en principio deseable para la continuidad de la asistencia) la uniformidad de los instrumentos podría hacer que se pierda la precisión necesaria en cada nivel. Además, cada nivel asistencial tiene objetivos diferentes (curación, diagnóstico, screening, rehabilitación, predicción pronóstica) y es posible que la técnica óptima de evaluación difiera en función del objetivo. De hecho, aún no sabemos bien cuáles son los elementos fundamentales de la evaluación geriátrica que explican su efectividad, ni en qué medida varían con el objetivo. La homogeneidad puede obligar a incluir elementos ineficaces en determinados entornos, y a olvidar elementos imprescindibles en otro. Esto es especialmente cierto si se pretende además (como está sucediendo) imponer la uniformidad más como medida de gestión o programación de recursos que como una medida dirigida a mejorar la asistencia de cada individuo mayor (10). Es más, la investigación sobre las herramientas de valoración se vería perjudicada por la implantación de instrumentos comunes.

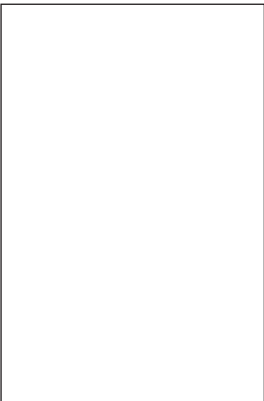
Incluso si la investigación aparca estas objeciones teóricas y se acuerda la necesidad de implantar instrumentos uniformes, se plantearían aún muchas preguntas prácticas. ¿Para qué ámbito geográfico se plantea la homogeneidad? Es discutible que, si tiene una base científica, el ámbito sea la comunidad o el Estado. Los protocolos quirúrgicos de una ergometría o un tratamiento oncológico no tienen fronteras). ¿Para qué niveles asistenciales sanitarios? ¿Hay que incluir niveles sociosanitarios y sociales? ¿Qué instrumentos elegir y quién los elige? ¿Qué profesional los aplica en cada caso? Habría que llegar a compromisos entre la simplicidad y la precisión del instrumento a elegir, y pensar en la relevancia de las áreas evaluadas para el paciente individual. Por último, no podría implantarse un sistema homogéneo sin investigar después los beneficios, perjuicios y lagunas debidos a su implantación. Se ha descrito que la implantación de protocolos complejos pueden, a la vez que mejoran los resultados en un aspecto de la asistencia, empeorar otros aspectos (11).

Pese a estas limitaciones, mi opinión es que la uniformidad de instrumentos podría ser beneficiosa en las circunstancias actuales de la asistencia geriátrica en España. Existe una masa crítica de hospitales con dispositivos asistenciales geriátricos que podrían buscar una mayor homogeneidad de al menos algunos instrumentos de valoración. Esta uniformidad debería lograrse de forma voluntaria si las ventajas fueran evidentes. Los autores del artículo no yerran al afirmar que la inexistencia de un grupo de trabajo sobre evaluación geriátrica en la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología es un error importante. Quizás exista ya en ella un grupo de investigadores suficiente como para asumir el liderazgo y empezar a dar respuesta a muchas de las preguntas planteadas.

Existe otro mensaje muy relevante en el artículo de Abizanda y colaboradores que no puede pasarse por alto. Un 52% de los Servicios analizados refieren no valorar formalmente la situación social, un 18% la depresión, un 54% las alteraciones del equilibrio y un 92% los órganos de los sentidos. Estoy convencido de que estas áreas se valoran informalmente en todos ellos, pero no deja de llamar la atención que el uso de instrumentos estandarizados de valoración sea la norma en la función física y no en otras áreas básicas de la valoración geriátrica. La uniformidad de herramientas mejoraría sin duda esta situación, pero sería deseable que todos tuviéramos más que aportar en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abizanda P, Gallego J, Sánchez P, Díaz C. Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de Geriatria de España. Uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 34:261-8.
2. Achterberg WP, van Campen C, Margriet A, Kerkstra A, Ribbe MW. Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scan J Rehab Med* 1999;31:131-7.
3. Byles A. A thorough going over: evidence for health assessments for older persons. *Aust N Z J Public Health* 2000;24:117-23.
4. Solano JJ, López E. Envejecimiento y sistemas de clasificación de pacientes (I). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:292-300.

- 
5. Carpenter GI, Hirdes JP, Ribbe MW, Ikegami N, Challis D, Steel K, et al. Targeting and quality of nursing home care. A five nation study. *Aging Milano* 1999;11:83-9.
 6. Sletvold O. Geriatrisk utredning i Norden. Nordiske retningslinjer for spesialisthelsetjenesten i geriatri. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:3540-1.
 7. Valero C, Regalado PJ, González Montalvo JL, Alarcón MT, Salgado A. Valoración geriátrica integral: diferencias en el perfil de los pacientes de distintos niveles asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:81-90.
 8. Miralles R. Valoración e intervención geriátrica. ¿Cuánto y dónde? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:59-61.
 9. González Montalvo JL, Gutiérrez J, 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.
 10. Kane RL, Rockwood T, Philp I, Finch M. Differences in valuation of functional status components among consumers and professionals in Europe and the United States. *J Clin Epidemiol* 1998;51:657-66.
 11. Phillips CD, Morris JN, Hawes C, Fries BE, Mor V, Nennstiel M, Iannacchione V. Association of the Resident Assessment Instrument (RAI) with changes in function, cognition, and psychosocial status. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:986-93.