

Eficacia de la valoración geriátrica integral en atención primaria, ¿qué necesitamos?

Iñaki Martín Lesende

Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPs.

A pesar de que la valoración geriátrica integral (VGI) ha demostrado efectividad en el medio geriátrico (al menos es lo que se dice tradicionalmente), todavía hay bastantes incertidumbres e inconsistencias en cuanto a los resultados obtenidos cuando se aplica en el medio comunitario (atención primaria). No parecen ser suficientes los más de 40 ensayos clínicos disponibles en lengua anglosajona o española, ni los 7 metaanálisis o revisiones sistemáticas que tratan de su efectividad en este ámbito, para despejar estas incógnitas, aunque progresivamente van marcando la dirección correcta que debe seguirse. El Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores, del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs)¹ de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), actualiza cada 2 años las recomendaciones de la aplicación de la VGI en la atención primaria, sobre la base de la revisión de la evidencia científica disponible hasta el momento. Las recomendaciones de 2007 no suponen grandes novedades respecto a las anteriores; estas últimas² se recogen en la tabla 1. La VGI parece mostrar mayor efectividad cuando se selecciona a ancianos frágiles o de riesgo^{3,4} o con condiciones o síndromes geriátricos determinados (caídas⁵, pacientes que acuden a urgencias hospitalarias⁴, con polifarmacia⁶), y cuando se realiza de manera intensiva en su aplicación, seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones derivadas^{4,7,8}.

Monteserín et al⁹, en su trabajo publicado en este número de REGG, nos presentan probablemente el primer ensayo clínico publicado en una revista de relevancia española sobre la eficacia de la VGI realizada en el primer nivel asistencial. No obstante, considero que más que estar valorando estrictamente la eficacia de la VGI, evalúan los resultados de diferentes estrategias en su intervención. De hecho, se realiza la VGI tanto al grupo intervención como al grupo control (me imagino que actuarán sobre los problemas encontrados en la valoración independientemente de a qué grupo hayan sido asignados), y tienen muy diferente manejo y actuación dentro del grupo intervención según sean considerados frágiles o no (intervención personalizada por geriatra frente a folleto y sesión educativa, respectivamente). ¡Es una pena que no se haya profundizado y analizado específicamente los resultados de estas dos inter-

venciones sobre los subgrupos del grupo intervención! Aun así, su diseño se adapta a la tendencia y el estado actual del conocimiento, sobre todo al incluir el tema de selección de ancianos frágiles, con un concepto dinámico de esta situación. Es precisamente en el establecimiento y la reversibilidad de la fragilidad donde los investigadores basan el mayor beneficio del estudio, junto al resultado en la escala geriátrica de depresión (prueba de Yesavage). Considero que los investigadores muestran excesivo optimismo en su discusión, ya que no se encuentran resultados significativos en las variables principales de resultados que plantean inicialmente, y aunque hay que decir que también centran los beneficios en la factibilidad de su estrategia, debemos considerar que para tender a generalizar y extender una intervención sería conveniente demostrar primero su eficacia o efectividad. Son varios los motivos que pueden influir en la escasez de resultados positivos: poca intensidad de la intervención, además sin asegurar un cumplimiento de las recomendaciones por parte de los pacientes y profesionales implicados en el seguimiento y el abordaje de los problemas detectados; tamaño de la muestra limitado y con mayores pérdidas que las previstas, y exclusión de pacientes domiciliarios (es en ellos donde otras intervenciones han mostrado eficacia). Pero esto no les debe desanimar, ya que está en consonancia con los obtenidos por otros estudios realizados, muchos de ellos con más medios e intervenciones más amplias. Es un trabajo interesante porque prueba diferentes estrategias de aplicación e intervención de la VGI, considera el concepto de fragilidad como criterio de selección para las mismas e incluye un enfoque multidisciplinario (implicación de enfermería en las valoraciones, y de un geriatra en la intervención) que puede ajustarse a los medios de nuestra realidad asistencial (no hay que olvidar que todavía son muchas las comunidades autónomas que no disponen de geriatras de apoyo para la atención primaria).

La existencia de diferentes experiencias de intervención en cantidad y calidad, mayoritariamente realizadas en otros países, hace que muchas de ellas no sean extrapolables a nuestra realidad asistencial, por lo que es necesaria la realización de ensayos clínicos en nuestro medio, tanto en el domicilio como en las consultas de atención primaria.

Tabla 1. Recomendaciones PAPPS (año 2007) para la aplicación de la valoración geriátrica integral (VGI) en atención primaria

No disponemos de suficiente evidencia para recomendar la aplicación sistemática de la VGI a la población general de personas mayores en nuestro medio

Su aplicación y contenido deben ser individualizados, priorizando a los ancianos de riesgo con afectación funcional modificable, o sin ella pero con factores predictivos de deterioro o situaciones clínicas específicas (p. ej., hospitalización reciente o asistencia en urgencias, caídas, polifarmacia)

La VGI debe realizarse con suficiente intensidad, seguimiento y medidas de cumplimiento. Los profesionales de atención primaria que la realice deben ser adiestrados en su manejo, y trabajar de manera multidisciplinaria o contar con apoyos profesionales adecuados

Aunque considero el estudio realizado por el equipo catalán un primer e importante paso para analizar y adecuar a nuestro medio las intervenciones que tienen la VGI como herramienta central, debemos seguir diseñando trabajos que vayan despejando algunas incógnitas importantes. A mí personalmente me resulta atractivo e interesante el trabajo de Fletcher et al¹⁰, realizado en el Reino Unido, de amplia base poblacional (muestra de 43.219 personas de 75 o más años), que compara el resultado de la VGI realizada como estrategia universal o de manera selectiva en ancianos frágiles, y según la realizara el propio equipo de atención primaria o un equipo geriátrico de valoración extrahospitalaria. Los resultados obtenidos en el grupo intervención no son espectaculares: mortalidad similar entre ambos grupos y entre las diferentes estrategias de realización de la VGI, no encuentran diferencias en cuanto a ingresos hospitalarios ni en la institucionalización (aunque esta última disminuye un 14% en la estrategia universal) y mejora en la calidad de vida (movilidad, interacción social, moral) a los 3 años con la estrategia universal y con valoración por el equipo geriátrico. Me gustaría tener la capacidad y los recursos suficientes para realizar un estudio similar pero con algunas particularidades: exquisita selección de las personas a quienes realizar la VGI (ancianos de riesgo basados en pérdida funcional reciente y poten-

cialmente reversible o en factores con alta predicción de deterioro, por ejemplo, hospitalización reciente, polifarmacia, caídas, riesgo social), realización de VGI «completa» (centrada tanto en la detección como en el manejo de los problemas encontrados) por personal adiestrado en ella y contando con adecuados profesionales de apoyo, valoración de variables de resultados más allá de las clásicas de mortalidad, institucionalización u hospitalización (funcionalidad, actividad, consumo de recursos, etc.). Estoy convencido de que si se realizara apropiadamente, los resultados serían importantes y marcarían tendencias que romperían el anquilosamiento de escasos resultados de los estudios previos. ¿Quién se anima?

BIBLIOGRAFÍA

1. Papps.org, semFYC-PAPPS, Barcelona: papps.org. Disponible en: <http://www.papps.org/>
2. Baena JM, Gorroñoigoitia A, Martín Lesende I, De Hoyos MC, Litago C, Luque A, et al. Grupos de Expertos del PAPPS. Actividades Preventivas en los Mayores. Aten Primaria. 2007;39 Supl 3:114-8. Disponible en: <http://www.papps.org/recomendaciones/suplemento.html>
3. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewit 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.
4. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006;61:53-62.
5. Van Haastregt J, Diederiks J, Van Rossum E, De Witte L, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. BMJ. 2000;320:754-8.
6. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, et al. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. J Am Geriatr Soc. 2004;52:93-8.
7. Stuck AE, Slu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993;342:1032-5.
8. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. JAMA. 2002;287:1022-8.
9. Monteserín Nadal R, Altimir Losada S, Brotons Cuixart C, et al. Ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia de la valoración geriátrica en atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008;43:5-12.
10. Fletcher AE, Price GM, Ng ES, et al. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. Lancet. 2004;364:1667-77.