



RECOMENDACIÓN DIAGNÓSTICO

INFORME DE BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES

Guía de Práctica Clínica de Sarcopenia

A. PREGUNTA CLÍNICA

En personas de 60 años o más con sarcopenia ¿Se debe realizar valoración geriátrica integral en comparación con no realizar?

Análisis y definición de los componentes de la pregunta en formato PICO

Población: Personas de 60 años o más con sarcopenia.

Intervención: Realizar valoración geriátrica integral.

Comparación: No realizar.

Desenlaces (outcomes): Mortalidad, admisión hospitalaria, funcionalidad física y cognitiva.

B. MÉTODOS

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas sobre sarcopenia (ver Anexo 1: estrategia de búsqueda). Las bases de datos utilizadas fueron: Cochrane database of systematic reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); HTA Database; PubMed; LILACS; CINAHL; PsycINFO; EMBASE; EPPI-Centre Evidence Library; 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library; Clinical Evidence; SUPPORT Summaries; WHO institutional Repository for information Sharing; NICE public health guidelines and systematic reviews; ACP Journal Club; Evidencias en Pediatría; y The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un investigador o clínico experimentado resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Finalmente, se seleccionaron las revisiones sistemáticas (y los estudios incluidos en éstas) correspondientes a la temática y se clasificaron en función de las preguntas a las que daban respuesta.

En las preguntas que comparan tests diagnósticos, se considera necesario distinguir dos enfoques para abordarlas: *impacto diagnóstico* y *exactitud diagnóstica*. Se estableció priorizar estudios que evaluarán el *impacto diagnóstico del test*, es decir aquellos que comparan los resultados en salud de los pacientes diagnosticados/tratados en función a los resultados de un test. En caso de no encontrar este tipo de estudios, se utilizan estudios que evalúan la *exactitud diagnóstica del test*, es decir

aquellos que miden qué tan bien el test clasifica a los pacientes respecto a si tienen o no una condición.¹

Los resultados de la búsqueda se encuentran alojados en la plataforma Living Overview of the Evidence (L-OVE), sistema que permite la actualización periódica de la evidencia.

C. RESULTADOS

Resumen de la evidencia identificada

Se buscaron revisiones sistemáticas que analizan estudios en adultos mayores con sarcopenia, en los cuales a un grupo se le ofreciera valoración geriátrica integral, en comparación con un grupo al que no se le ofreciera. Sin embargo, no se identificaron revisiones sistemáticas asociadas al tema de interés, por lo que en acuerdo con el panel de expertos, se utilizó evidencia proveniente de adultos mayores, tuvieran o no sarcopenia.

Se identificaron 8 revisiones sistemáticas que incluyeron 11 estudios primarios, de los cuales 8 corresponden a ensayos aleatorizados. Para más detalle ver “*Matriz de evidencia*”², en el siguiente enlace: [Evaluación geriátrica integral en atención primaria](#).

Tabla 1: Resumen de la evidencia identificada

Revisiones sistemáticas	8 [1-8]
Estudios primarios	8 ensayos aleatorizados [9-16], 3 estudios observacionales [17-19]

Selección de la evidencia

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia, identificándose que todos los ensayos incluidos por las revisiones [9-16] responden la pregunta de impacto diagnóstico, por lo que se decidió omitir la evidencia que examina la exactitud diagnóstica del test.

Estimador del efecto

Al analizar la evidencia identificada, se concluyó que ninguna revisión sistemática cumple con todos los requisitos metodológicos establecidos para el presente informe, es decir, incluir los estudios primarios relevantes y entregar un estimador agregado del efecto para los desenlaces de interés. Por lo tanto, se decidió rehacer el metanálisis directamente a partir de los estudios primarios considerados relevantes [9-16] para construir la tabla de resumen de resultados.

¹ Schünemann HJ, Schünemann AHJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. BMJ [Internet]. 2008 May 17 [cited 2018 Aug 1];336(7653):1106–10.

² **Matriz de Evidencia**, tabla dinámica que grafica el conjunto de evidencia existente para una pregunta (en este caso, la pregunta del presente informe). Las filas representan las revisiones sistemáticas y las columnas los estudios primarios que estas revisiones han identificado. Los recuadros en verde corresponden a los estudios incluidos en cada revisión. La matriz se actualiza periódicamente, incorporando nuevas revisiones sistemáticas pertinentes y los respectivos estudios primarios.

Metanálisis

Mortalidad

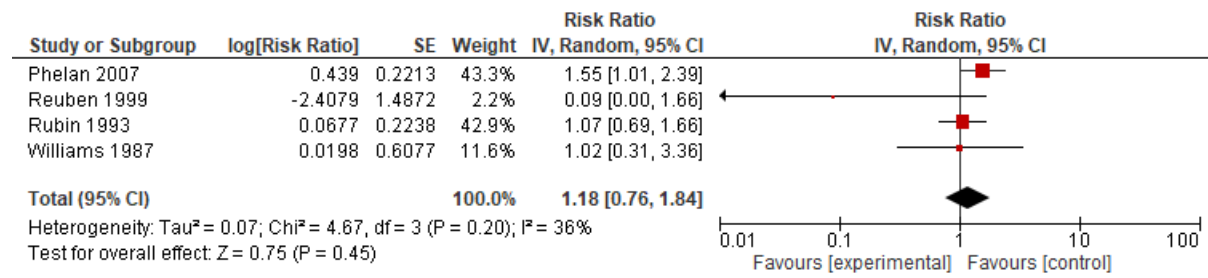


Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

REALIZAR VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN PERSONAS DE 60 AÑOS O MÁS CON SARCOPENIA.						
Pacientes	Personas de 60 años o más con sarcopenia.					
Intervención	Realizar valoración geriátrica integral.					
Comparación	No realizar.					
Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) -- Estudios/ pacientes	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		SIN valoración geriátrica integral	CON valoración geriátrica integral	Diferencia (IC 95%)		
Mortalidad	RR 1,18 (0,76 a 1,84) -- 4 ensayos [11, 12, 13, 15] / 1548 pacientes	70 por 1000	83 por 1000	Diferencia: 13 más (17 menos a 59 más)	 ^{1,2,3} Baja	Realizar evaluación geriátrica integral podría tener poco impacto en mortalidad, pero la certeza de la evidencia es baja.
Admisión hospitalaria (seguimiento entre 1 a 2 años)	Un ensayo [14] con 295 pacientes reportó una un RR para hospitalizaciones de 1,32 (0,86 a 2,03). Otro ensayo [9] presentó con 6.409 pacientes reportó 1,06 días de hospitalización en el grupo intervención y 1,14 días en el grupo control (intervalo de confianza no reportado). Un estudio [11] con 874 pacientes reportó un aumento de hospitalizaciones de 16,2% (grupo control) a 19,4% a los 12 meses. El último ensayo [15] con 117 pacientes reportó que no hubo diferencias en hospitalización a 4,8 y 12 meses (diferencias variables entre 0 a 5 pacientes de un total de 100).				 ^{1,3} Moderada	Realizar evaluación geriátrica integral probablemente tiene poco impacto en el riesgo de admisión hospitalaria.
Funcionalidad física y cognitiva	Un ensayo [9] con 6.409 pacientes reportó efectos favorables en alguno de los tests validados sobre salud física y capacidad funcional - SF36, HAQ, SIP (datos cuantitativos no disponibles). Un ensayo [10] con 261 pacientes reportó que el uso de la intervención disminuyó en 3 pacientes (9 menos a 3 más) los pacientes que requerían tratamiento por funcionalidad limitada. Un ensayo [11] con 874 pacientes reportó funcionalidad en múltiples escalas, pero sin encontrar en ninguna cambios relevantes (por ejemplo limitaciones en actividades de la vida diaria la variación fue de un 2% de pacientes más en el grupo control, intervalos de confianza no disponibles) Un ensayo [12] reportó un cambio en SF-36 de 4,69 puntos más (0,63 a 8,75). Un ensayo [14] con 295 pacientes detectó un 12% de pacientes con limitaciones de actividades de la vida diaria en el grupo intervención comparado con 16% en el grupo control. Finalmente, un ensayo [15] con 117 pacientes reportó un empeoramiento de funcionalidad de 26% en el grupo intervención y de 5,1% en el grupo control (medido en escala de funcionalidad de PAF).				 ^{1,3,4} Baja	Realizar evaluación geriátrica integral podría tener poco impacto en funcionalidad física y cognitiva, pero la certeza de la evidencia es baja.

IC 95%: Intervalo de confianza del 95% // RR: Riesgo relativo.

GRADE: Grados de evidencia *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*.

* El **riesgo SIN valoración geriátrica integral** está basado en el riesgo del grupo control del estudio con más peso [11]. El **riesgo CON valoración geriátrica integral** (y su intervalo de confianza) está calculado a partir del efecto relativo (y su intervalo de confianza).

¹ Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia ya que la mayoría de los ensayos no reporta sobre su secuencia de aleatorización y ocultamiento de ésta. Además, probablemente no fueron ciegos.

² Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, ya que cada extremo del intervalo de confianza conlleva una decisión diferente.

³ Se decidió no disminuir certeza de evidencia pese a tratarse de evidencia indirecta, ya que los estudios probablemente incluyen pacientes con o en riesgo de sarcopenia.

⁴ Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia, dado que los diferentes estudios obtuvieron distintos resultados.

Fecha de elaboración de la tabla: Agosto, 2019.

REFERENCIAS

1. Gil de Gómez Barragán MJ, Ramalle-Gómara E. [Effectiveness of comprehensive geriatric assessment in primary care]. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2003;32(2):92-100.
2. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, Roberts HC, Sayer AA. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging clinical and experimental research*. 2019.
3. Bosch M, Faber MJ, Cruijsberg J, Voerman GE, Leatherman S, Grol RP, Hulscher M, Wensing M. Review article: Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination: a literature review. *Medical care research and review : MCRR*. 2009;66(6 Suppl):5S-35S.
4. Kuo HK, Scandrett KG, Dave J, Mitchell SL. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival: a meta-analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2004;39(3):245-54.
5. Lin JS, Whitlock EP, Eckstrom E, Fu R, Perdue LA, Beil TL, Leipzig RM. Challenges in Synthesizing and Interpreting the Evidence from a Systematic Review of Multifactorial Interventions to Prevent Functional Decline in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(11):2157-66.
6. Schepman S, Hansen J, de Putter ID, Batenburg RS, de Bakker DH. The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. *International journal of integrated care*. 2015;15:e027.
7. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342(8878):1032-6.
8. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Iliffe S, Manthorpe J, Bunn F, Drennan V. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health & social care in the community*. 2013;21(2):113-28.
9. 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. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000;48(8):996-1001.
10. Moore AA, Siu A, Partridge JM, Hays RD, Adams J. A randomized trial of office-based screening for common problems in older persons. *The American journal of medicine*. 1997;102(4):371-8.
11. Phelan EA, Balderson B, Levine M, Erro JH, Jordan L, Grothaus L, Sandhu N, Perrault PJ, Logerfo JP, Wagner EH. Delivering effective primary care to older adults: a randomized, controlled trial of the senior resource team at group health cooperative. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(11):1748-56.
12. 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. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999;47(3):269-76.
13. Rubin CD, Sizemore MT, Loftis PA, de Mola NL. A randomized, controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management in a large public hospital. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993;41(10):1023-8.
14. Tulloch AJ, Moore V. A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1980;29(209):733-40.

15. Williams ME, Williams TF, Zimmer JG, Hall WJ, Podgorski CA. How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with traditional care: a report of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1987;35(12):1071-8.
16. Li CM, Chen CY, Li CY, Wang WD, Wu SC. The effectiveness of a comprehensive geriatric assessment intervention program for frailty in community-dwelling older people: a randomized, controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2010;50 Suppl 1:S39-42.
17. Fenton JJ, Levine MD, Mahoney LD, Heagerty PJ, Wagner EH. Bringing geriatricians to the front lines: evaluation of a quality improvement intervention in primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2006;19(4):331-9.
18. Hermush V, Daliot D, Weiss A, Brill S, Beloosesky Y. The impact of geriatric consultation on the care of the elders in community clinics. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2009;49(2):260-2.
19. Lea SC, Watts KL, Davis NA, Panayiotou B, Bankart MJ, Arora A, Chambers R. The potential clinical benefits of medicines optimisation through comprehensive geriatric assessment, carried out by secondary care geriatricians, in a general practice care setting in North Staffordshire, UK: a feasibility study. *BMJ open*. 2017;7(9):e015278.

ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

- #1 sarcopen*
- #2 muscle wasting"
- #3 frail*
- #4 prefrail*
- #5 strength*
- #6 cache*
- #7 fried*
- #8 performance*
- #9 functional*
- #10 mobility*
- #11 falls
- #12 handgrip
- #13 #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12
- #14 muscle*
- #15 muscular*
- #16 "skeletal-muscle"
- #17 #14 OR #15 OR #16
- #18 #13 AND #17
- #19 #1 OR #2 OR #18
- #20 elderly*
- #21 elders
- #22 aging
- #23 ageing
- #24 aged
- #25 "older adult"
- #26 "older adults"
- #27 "older person"

#28 "older persons"
#29 "older people"
#30 "community-dwelling"
#31 "community dwelling"
#32 frail*
#33 psychogeriatr*
#34 "psycho-geriatrics"
#35 geriatr*
#36 #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR
#32 OR #33 OR #34 OR #35
#37 #19 AND #36
#38 comprehensive*
#39 multidimensional
#40 #38 OR #39
#41 geriatric*
#42 assessment*
#43 evaluation*
#44 #42 OR #43
#45 #40 AND #41 AND #44
#46 CGA
#47 #45 OR #46
#48 #36 AND #47