

ORIGINALES

Uso de un modelo de historia clínica portátil en atención primaria para el seguimiento de los ancianos desplazados rotatorios

P. Cubero González^a, F. García de Blas González^a, B. Gutiérrez Teira^a, M. Barba Calderón^b, R. Salas Dueñas^a y F. Cid Abasolo^c

Centros de Salud Felipe II (Móstoles), Dr. Mendiguchía Carriche (Leganés), Laín Entralgo (Alcorcón), Granero Vicedo (Alcorcón), Fundación Hospital Alcorcón y Hospital de Móstoles. Madrid.

Objetivos. Evaluar el uso de un modelo de historia clínica portátil (HCP) entregada a los ancianos desplazados rotatorios durante un año. Describir el estado de salud de estos pacientes.

Diseño. Estudio de evaluación descriptivo.

Emplazamiento. Once equipos de atención primaria de las áreas 8 y 9 de Madrid.

Pacientes. Doscientos ocho pacientes mayores de 65 años que viven con los hijos de forma rotatoria.

Mediciones y resultados principales. Un 44,7% es varón. La edad media es de 84,2 años. Se desplazan a 3,5 domicilios, permanecen 2,5 meses en cada uno y son asignados a una media de 3,2 médicos. Consumen diariamente 3,2 fármacos (3-3,5) y presentan 3,5 enfermedades crónicas. Se detecta algún grado de dependencia funcional en un 64,9% de los pacientes y deterioro cognitivo en el 26,4%.

Se recuperaron 138 HCP válidas al cabo de un año (66,3%). En las hojas de seguimiento se registraron 3,9 visitas por paciente. En 53 pacientes (38%) se registran 2 o menos visitas. El registro de las visitas disminuyó significativamente a lo largo del año evaluado.

Conclusiones. Se trata de una población anciana, con un estado de salud similar a otros colectivos, pero con una dependencia funcional más elevada. El uso insuficiente que se ha hecho de esta HCP invita a ser prudentes en la generalización de la misma.

Palabras clave: Atención anciano; Envejecimiento; Historia clínica.

USE OF A PORTABLE CLINICAL RECORD MODEL FOR THE PRIMARY CARE OF ELDERLY PEOPLE WHO RESIDE IN DIFFERENT PLACES

Objectives. To evaluate the use of a portable clinical record (PCR) given to elderly patients for a one-year period. To describe the health status of these patients

Design. Descriptive study.

Setting. Eleven primary care teams from zones 8 and 9 of the Madrid area.

Patients. 208 patients, more than 65 years old, living with their different sons and/or daughters for limited periods in an alternate fashion.

Measures and main results. 44.7% of the patients were male. Their mean age was 84.2 years. On average, they lived in 3.5 different homes, staying for 2.5 months in each one and were assigned to 3.2 physicians. The mean number of drugs taken was 3.2 (3-3.5). They suffered from a mean number of 3.5 chronic diseases. Some degree of functional dependency was noted in 64.9% of patients and cognitive impairment was noted in 26.4% of patients.

138 valid PCR were retrieved after one year (66.3%). The mean number of follow-up visits was 3.9 visits per patient. 2 or less visits were recorded in 3 patients (38%). Visit recording significantly decreased during the evaluated year.

Conclusions. This is an elderly population with an equivalent health status to other groups, but with a higher degree of functional dependency. The insufficient use of this PCR warrants some care about its generalization.

(Aten Primaria 2000; 26: 151-156)

Estudio financiado por el FIS con el número de expediente 97/0459.

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bLicenciado en Medicina. ^cEspecialista en Geriatria.

Correspondencia: Paulino Cubero González.
Centro de Salud Felipe II. Avda. Felipe II, 8. 28937 Móstoles (Madrid).
Correo electrónico: pcuberog@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 12-IV-2000.

Introducción

En los últimos años se asiste a un aumento en los índices de envejecimiento de la población debido, entre otras causas, a la mejora de las condiciones higiénico-dietéticas y sanitarias. Este envejecimiento conlleva un incremento de la prevalencia de enfermedades discapacitantes que dificultan la realización de las actividades de la vida diaria. El porcentaje de personas que viven solas en España es inferior al de otros países de nuestro entorno, quizás debido a que no existe una red de soporte social suficiente para garantizar la ayuda y permanencia en el propio domicilio¹. Por razones culturales, económicas y políticas, la familia es el principal proveedor de cuidados de los ancianos dependientes^{1,2}.

Una forma de convivencia frecuente, aunque no cuantificada, es aquella en la que los ancianos «rotan» por los domicilios de los hijos según periodos establecidos, conocidos tradicionalmente como «ancianos maleta» y en los últimos años como «ancianos golondrina»³. Son «ancianos de riesgo» que, sin embargo, a la hora de planificar y evaluar servicios, como en la guía *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores* (INSALUD, 1995⁴), son excluidos por su condición de «desplazados». En cada domicilio son visitados por un médico diferente y al no aportar ningún tipo de documento clínico no se garantiza la continuidad ni la calidad de la asistencia⁵. No es excepcional que se les prescriba o se les soliciten pruebas en función de la demanda de los familiares más que por criterios clínicos. Por otra parte, al no estar evaluado el estado de salud de los ancianos

nos «golondrina» respecto a otros grupos de ancianos en la población general, se desconoce si presentan un mayor número de enfermedades o si consumen más fármacos y recursos que otros ancianos.

La utilidad de la historia clínica individual como instrumento básico de trabajo en atención primaria parece fuera de toda duda⁶. Sin embargo, hasta la fecha, no existe ninguna normativa en nuestro sistema sanitario que establezca el uso de un documento clínico específico para los ancianos que cambian de domicilio con frecuencia, que recoja las visitas de los profesionales que le atienden en los distintos centros de atención primaria. Aunque desde el comité de ética de la semFYC se ha propuesto una medida de este tipo, no existen estudios que valoren su viabilidad, su utilidad, así como la colaboración necesaria por parte de los familiares o del personal sanitario. Los objetivos de nuestro estudio fueron: *a*) evaluar el uso de un modelo de historia clínica portátil (HCP) entregada a los familiares de los ancianos golondrina, y *b*) describir el estado de salud de estos pacientes.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio de evaluación descriptivo en el que participaron 60 médicos voluntarios de 11 equipos de atención primaria urbanos de Alcorcón, Móstoles y Leganés, situados en la periferia de Madrid. Se diseñó un modelo de HCP para entregar a los ancianos «golondrina», destinada a los médicos de cabecera de los diferentes familiares y que se recuperaron después de un año de uso.

Sujetos incluidos en el estudio

La selección de los sujetos se realizó mediante un muestreo estratificado proporcional al número de ancianos de las 3 ciudades. El tamaño de la muestra necesario para estimar la media de visitas al año fue de 150 ancianos⁷ (para una previsión de 12 visitas/año⁸, una desviación típica de 12,5, una precisión de ± 2 y un $\alpha = 0,05$). Se calcularon unas pérdidas del 25%, por lo que el tamaño muestral final estimado fue de 188 pacientes.

Se incluyeron pacientes mayores de 65 años que vivían en el domicilio de 2 o más familiares durante, al menos, 9 meses al año y que tenían asignado más de un médico en la rotación. Se excluyeron aquellos que vivían solos durante más de 3 meses al año, los enfermos terminales y los pacientes que eran atendidos siempre por el mismo médico. Durante el periodo de captación se seleccionaron los sujetos que de manera consecutiva solicitaron asistencia

TABLA 1. Situación funcional de los ancianos golondrina (n = 208)

Índice de Katz	Total (n = 208)	Mujeres (n = 115)	Varones (n = 93)
A	73 (35,1%)	40 (34,8%)	33 (35,5%)
B	58 (27,9%)	34 (29,6%)	24 (25,8%)
C	15 (7,2%)	9 (7,8%)	6 (6,5%)
D	11 (7,2%)	6 (5,2%)	5 (5,4%)
E	15 (7,2%)	7 (6,1%)	8 (8,6%)
F	16 (7,7%)	10 (8,7%)	6 (6,5%)
G	16 (7,7%)	7 (6,1%)	9 (9,7%)
Otros	4 (1,9%)	2 (1,7%)	2 (2,2%)

Distribución según sexo y grupo funcional: $\chi^2 = 2,09$; gl = 7; p = 0,95.

sanitaria en el centro de atención primaria, bien directamente o bien a través de los familiares; en el último caso la visita se realizaba en el domicilio. Para ser incluidos en el estudio los familiares eran informados del motivo del estudio y después firmaban el consentimiento para participar. Además aceptaban la responsabilidad de custodiar la HCP, de entregarla a los sucesivos familiares y de devolverla después de un año al médico responsable.

Instrumentos de estudio

Los médicos cumplimentaban y entregaban al paciente la HCP. En una hoja de recogida de datos aparte que se remitía a los responsables del estudio, se anotaban:

1. Datos generales: sexo, edad, nivel de estudios, domicilios y médicos previstos.
2. Datos sobre la salud de los ancianos: enfermedades crónicas (conocidas o detectadas en el momento de su inclusión), número de fármacos usados de forma habitual, así como índice de Katz⁹ y test de Pfeiffer¹⁰ cumplimentados, con el fin de valorar la dependencia funcional y el nivel cognitivo, respectivamente.

En la HCP se incluían hojas de seguimiento para las sucesivas visitas, así como un espacio en la solapa que permitía la identificación de los profesionales de los distintos centros de atención primaria, con el fin de facilitar la comunicación entre éstos. Se indicaba a los pacientes o sus familiares para presentar la HCP a cualquier profesional que atendiera al paciente tanto en domicilio como en consulta.

Al completar el año los familiares de los ancianos golondrina debían entregar la HCP al médico que les incluyó en el estudio. Un mes antes de finalizar el plazo se envió una carta a los médicos y otra a los familiares de los ancianos recordándoles la fecha de recogida de la historia. En aquellos que no se recuperó la HCP se contactó por teléfono con los familiares para conocer el motivo.

Para complementar los resultados, se diseñó una encuesta telefónica destinada a conocer la valoración subjetiva de los familiares que habían devuelto la historia y,

sobre todo, el grado de colaboración de los otros cuidadores y los médicos que recibían la historia a través del paciente.

En cuanto a la HCP se analizaron: *a*) las visitas cumplimentadas en cada historia, y *b*) los datos generales y de estado de salud de los pacientes. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 6.1.3. Se expresaron las variables cuantitativas por su media y las cualitativas por su proporción, con el intervalo de confianza del 95% en todos los casos. Se empleó la t de Student para comparación de medias y la ji-cuadrado, con la corrección de continuidad de Yates, para comparación de proporciones. Con todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula para valores de $p < 0,05$. Se usó el coeficiente de correlación de Pearson para analizar la asociación entre variables cuantitativas.

Resultados

Se incluyeron 208 pacientes (94 en Móstoles, 88 en Leganés y 26 en Alcorcón), de los que 93 eran varones, es decir un 44,7% (38-51,5%). La edad media era de 84,2 años (83,4-85). No había diferencias estadísticamente significativas entre la edad de varones y mujeres ($83,8 \pm 6,5$; $84,5 \pm 5,5$; $p = 0,44$). Un 43,7% de los sujetos era analfabeto, el 55,8% tenía estudios primarios y un 0,5% estudios superiores.

Se realizó la historia en la consulta en 110 pacientes y en el domicilio en los 98 restantes (52,9 y 47,1%, respectivamente). Consumían de forma diaria 3,2 fármacos (3-3,5) y presentaban 3,5 enfermedades crónicas (3,3-3,7). Las más frecuentes eran: HTA (51,4%), artrosis (45,2%) y déficit visuales (37,5%). Se detectó algún grado de dependencia funcional en un 64,9% de los pacientes (58,4-71,4) y deterioro cognitivo en el 26,4% (20,4-32,4). No existían diferencias estadísticamente significativas por

TABLA 2. Estado de salud según edad (n = 208)

	< 85 años n = 97 (μ; IC del 95%)	≥ 85 años n = 111 (μ; IC del 95%)	Significación e IC del 95% de la diferencia o χ^2
Número de enfermedades	3,4 (3,1-3,7)	3,5 (3,2-3,7)	p = 0,51 (−0,26 a 0,51)
Número de fármacos	3,2 (2,8-3,6)	3,3 (2,9-3,7)	p = 0,64 (−0,43 a 0,69)
Dependencia (%): I. de Katz > A	56,7 (46,9-66,8)	71,7 (63,4-80,0)	p = 0,03; $\chi^2 = 4,71$; gl = 1
Deterioro cognitivo (%): I. de Pfeiffer > 4	27,4 (18,4-36,3)	25,7 (17,6-33,7)	p = 0,78; $\chi^2 = 0,07$; gl = 1

sexo en los parámetros de salud estudiados. En la **tabla 1** se muestra la distribución según el índice de Katz, tanto global como por sexo, donde no se evidencian diferencias entre varones y mujeres. Respecto a la edad, el nivel de dependencia funcional es significativamente peor en los sujetos mayores de 85 años, pero no se observan diferencias en el número de patologías, en el consumo de fármacos ni en el porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo (**tabla 2**).

Respecto a las rotaciones por los domicilios de los familiares, los ancianos se desplazaban a una media de 3,5 domicilios (3,3-3,7) y permanecían en cada uno de ellos una media de 2,5 meses (2,3-2,6). A lo largo del año tenían asignados 3,2 médicos (3-3,4) en los sucesivos desplazamientos.

Se recuperaron 142 HCP de los 208 pacientes incluidos (68,3%), de los que 138 ancianos completaron el año de seguimiento, mientras que 4 fallecieron antes. Se identificaron 1,13 médicos por historia (1,01-1,25). En 19 casos no constaba ninguno, en 88 casos uno y en los 31 restantes 2 o 3. De las 66 HCP no recuperadas, en 12 casos la causa fue el fallecimiento, en 7 el ingreso en una residencia y el resto se habían extraviado. El porcentaje de historias no recuperadas es mayor en los pacientes dependientes, 40% (36-44%), que en los independientes, 22% (17-27%), diferencia que es significativa ($\chi^2 = 6,15$; gl = 1; p = 0,013). También hubo más historias perdidas en los pacientes con deterioro cognitivo, 45% (38-51%) que en los pacientes sin deterioro cognitivo, 29% (25-33%), diferencia igualmente significativa ($\chi^2 = 3,97$; gl = 1; p = 0,046). No se encontró relación con sexo, edad, fármacos ni patologías.

En las hojas de seguimiento de las HCP se recogieron 614 visitas. De ellas, 536 (87,3%) correspondían a los 12 primeros meses, lo que supone una media por paciente de 3,9 visitas (3,3-4,5). En las restantes 78 no consta la fecha de la visita o es pos-

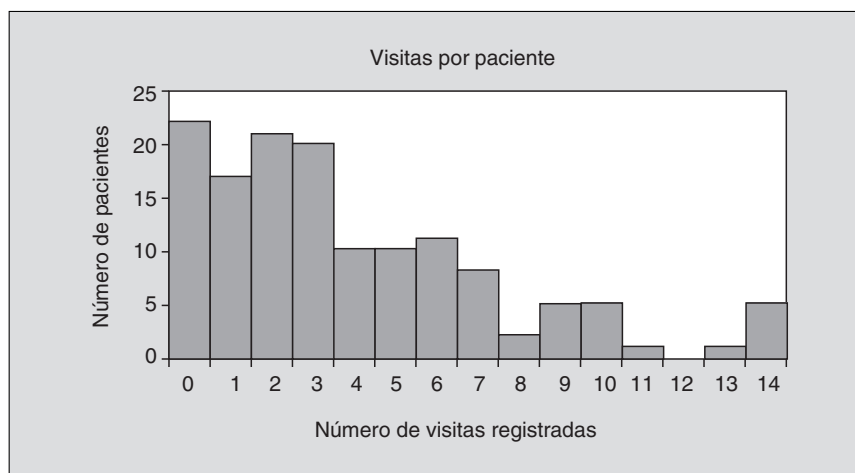


Figura 1. Visitas registradas (n = 142).

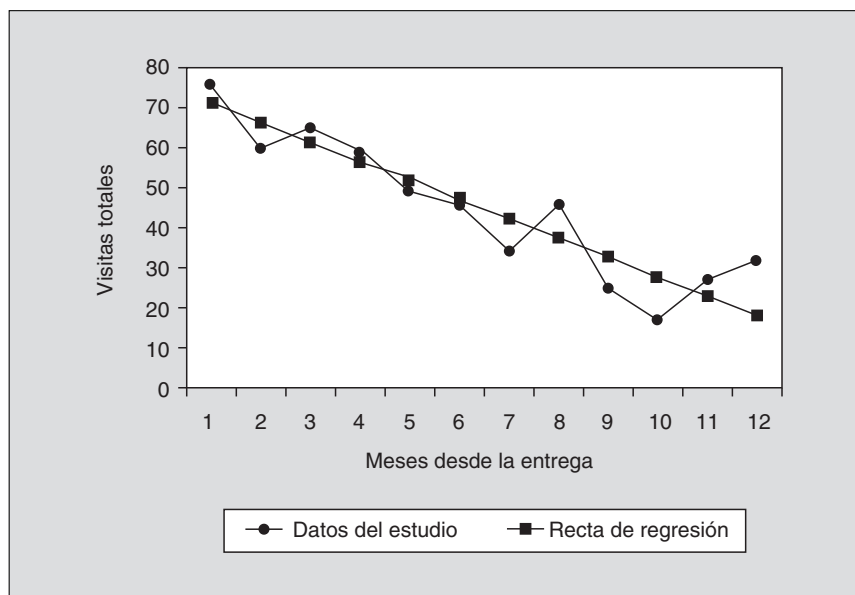


Figura 2. Distribución de las visitas registradas en el año (n = 536; $r_2 = 0,82$; (p < 0,001).

terior al año. En la **figura 1** se observa el número de visitas por historia. Respecto a la distribución temporal de las visitas registradas, 201 correspondían al primer trimestre, 154 al segundo, 105 al tercero y 76 al cuar-

to. A lo largo del año se observa un descenso progresivo en el número de visitas que, como queda reflejado en la **figura 2**, se ajusta mediante una recta de regresión con una $r^2 = 0,82$ y una p < 0,001.

TABLA 3. Número de visitas registradas según otras variables

	N.º de visitas μ e IC del 95%	Significación e IC del 95% de la diferencia
Dependientes (I. de Katz \neq A)	4,4 (3,5-5,2)	$p = 0,046$ (0,04-2,26)
Independientes (I. de Katz = A)	3,2 (2,5-3,9)	
Con deterioro cognitivo	5,0 (4,2-5,8)	$p = 0,116$ (-0,367 a 3,21)
Sin deterioro cognitivo	3,6 (3,0-4,2)	
Mayores 85 años	4,0 (3,2-4,8)	$p = 0,60$ (-0,85 a 1,55)
Menores 85 años	3,7 (2,8-4,6)	
Varones	4,0 (3,0-5,0)	$p = 0,76$ (-1,01 a 1,38)
Mujeres	3,8 (3,0-4,6)	

No se observó diferencia en el número de visitas registradas en función de edad o sexo. El número de registros fue superior en los pacientes con algún grado de dependencia o deterioro cognitivo (tabla 3), diferencia significativa en el primer caso pero no en el segundo.

Los resultados de la entrevista telefónica a los familiares se muestran en la figura 3 como información complementaria, aunque no se puede hablar de su significación estadística por el escaso número en que se pudo completar la encuesta.

Discusión

La utilidad de entregar este modelo de historia clínica a los ancianos que cambian de domicilio con frecuencia se puede considerar baja. Esta opinión de los autores se basa en el bajo número de registros por paciente, el progresivo desuso de la historia y el alto número de historias perdidas en el año de seguimiento. La principal limitación para calificar nuestros resultados es la ausencia de estudios que midan el grado de registro en las historias clínicas convencionales y, sobre todo, en esta clase de historias. En la Comunidad Autónoma de Madrid se estima que cada paciente mayor de 65 años acude a su centro de salud una media de 10,4 veces al año⁸. Aunque desconocemos el número de visitas real que ha generado cada paciente incluido en el estudio, no es probable que sea inferior a ésta por las características de los pacientes más adelante descritas. El simple acto burocrático de obtener las recetas justificaría una visita mensual en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, la frecuentación registrada en este modelo de HCP se sitúa alrededor de 4 visitas por paciente y año, y además en el 43% figuran 2 o menos registros.

La explicación a estos resultados podría radicar en los siguientes factores. En primer lugar, el diseño de la historia enfocado hacia la investigación ha podido suponer un freno para los médicos que la recibían de manos del paciente. Así, algunos profesionales incluyeron en la HCP sus propias hojas de evolución, ante el encorsetamiento excesivo de los espacios para la anotación. En segundo lugar, al tratarse de una actividad novedosa, nos enfrentamos a la resistencia al cambio presente en cualquier actividad humana. Por último,

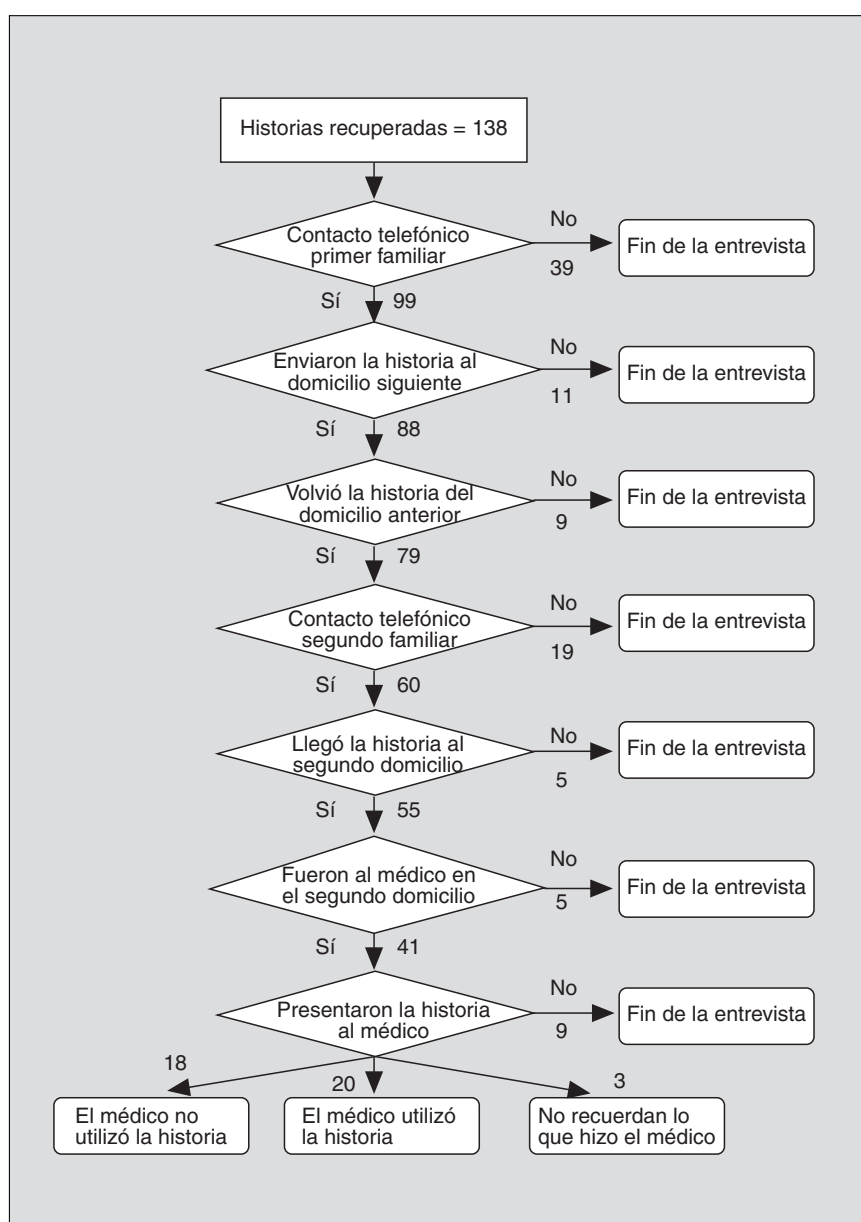


Figura 3. Resultados de la entrevista telefónica a los familiares.

es posible que la pérdida que se produce en la confidencialidad de la historia haya sido un freno para el uso de la misma, ya sea por temor al extravío de datos o al uso de los mismos contra el paciente o el profesional. No se puede obviar que uno de los principales debates de los últimos años se refiere a la propiedad de la historia y a la negativa de los centros sanitarios a entregarla a los pacientes o sus familiares. Este último dato concuerda con el escaso número de médicos ajenos al estudio que se han identificado en las historias. Los 1,13 médicos por historia corresponden casi en su totalidad a los participantes en el estudio.

Un dato claramente negativo es la evolución del número de visitas registradas a lo largo del tiempo. Si la respuesta inicial se puede considerar aceptable, con 0,5 visitas por paciente y mes, decae a lo largo del año hasta 0,2 visitas al final del estudio en las historias recuperadas. A ello se añade el elevado número de pérdidas, alrededor de un tercio de las historias no se pudo recuperar. Esto podría considerarse como un resultado, ya que en la práctica equivale a historias no utilizables. La explicación a estos dos puntos podría consistir en que un uso inadecuado por parte de pacientes y/o sanitarios ha actuado como refuerzo negativo y ha propiciado el abandono progresivo de las historias por parte de los mismos. Sin embargo, el mayor número de pérdidas se produce en los pacientes más dependientes o con mayor deterioro cognitivo, en parte explicable por el paso de los pacientes a otra situación: éxitus, residencias, convivencia unifamiliar, etc., pero también podría deberse al descuido en la custodia de la historia por los familiares de los pacientes que no están en condiciones de ocuparse por sí mismos. Con la entrevista a los familiares se pretendía investigar los puntos débiles en el uso de la historia ya detectados en las primeras historias recuperadas. Los resultados presentan la limitación que supone utilizar un cuestionario no validado y que al ser preguntas de eliminación el número de respuestas a las últimas cuestiones es escaso. Los resultados sugieren una corresponsabilidad entre los familiares y los sanitarios que reciben la historia. Aunque la valoración subjetiva de los familiares fue en su mayoría positiva, la información obtenida sugiere que el escaso registro

en las historias se halla motivado en gran parte por el olvido de los familiares en el momento de entregarla al siguiente familiar o de presentarla al médico al solicitar asistencia. La negativa de hasta un 50% de los profesionales a usar la historia recibida supone la otra limitación fundamental.

Toda esta serie de pasos convierte el uso de la historia portátil en una cadena de gran fragilidad y posiblemente sea la justificación del progresivo abandono de ésta. Es probable que haya existido una mala transmisión de la información entre el médico que abre la historia y el familiar responsable, así como de éste a los sucesivos familiares y de éstos a sus médicos. Sin embargo, estas limitaciones son las mismas que cabría esperar en la práctica diaria al implantar una medida de este tipo.

El segundo gran aspecto abordado en este trabajo fue la descripción del estado de salud de este subgrupo de pacientes. Si se tiene en cuenta que los ancianos desplazados son atendidos en la mayoría de las consultas y su asistencia es una fuente de conflictos, llama la atención la casi total ausencia de literatura sobre la atención de los mismos^{5,11}. Un único trabajo, el de Fernández et al¹¹ sobre 18 pacientes, aborda específicamente los problemas del anciano golondrina y los resultados obtenidos son muy similares a los de nuestro estudio en la descripción de la población (sexo, edad, rotaciones, lugar de asistencia, capacidad funcional y deterioro cognitivo). Aunque esto no explica la escasa variabilidad observada en nuestros pacientes, sí aporta más solidez a lo que consideramos es la descripción de una población con unas características propias muy acusadas. Al ampliar la comparación de los resultados obtenidos a otros colectivos de ancianos que reciben asistencia ambulatoria, destaca en nuestro estudio la edad superior^{2,12-19}, así como el elevado porcentaje de varones^{2,12-19}. Sólo un 7,7% de los pacientes incluidos era menor de 75 años y el 60% tenía 80-90 años, con escasas diferencias entre varones y mujeres. El número de fármacos consumidos de forma habitual, el de patologías registradas y la prevalencia de las mismas es similar a lo recogido en otros artículos^{12,14-16,18}. También destaca el elevado grado de dependencia funcional observado en esta muestra, que casi duplica lo obtenido en los

demás estudios realizados en atención primaria^{2,12,13,15,17-19}. Estos datos sugieren que la situación de dependencia está en el origen de este modo de convivencia, y así la opción de vivir de forma itinerante con los hijos parece forzada por la necesidad de cuidados. Esta dependencia iría asociada al deterioro multiorgánico propio de la edad, más que a patologías concretas, y a la situación de viudez, especialmente en los varones, poco habituados a las tareas domésticas.

Respecto al deterioro cognitivo, se ha de tener en cuenta que su prevalencia aumenta por encima de los 75 años y que las cifras publicadas son totalmente dispares según los cuestionarios utilizados²⁰. Por este motivo la comparación la hemos realizado solamente con los trabajos que han utilizado el test de Pfeiffer y han considerado deterioro la presencia de 5 o más respuestas erróneas^{15,20-22}. Aunque el deterioro cognitivo global detectado en este estudio supera ampliamente lo obtenido en los demás, la diferencia se amortigua si la comparación se realiza con los pacientes mayores de 75 años y desaparece en los que superan los 85. Al contrario que en los demás estudios, no encontramos diferencias en función de sexo o edad. De este modo el deterioro cognitivo sería uno de los principales determinantes para elegir esta forma de convivencia, pues su potencial incapacitante es mayor que otras patologías.

Los artículos originales previos a este trabajo abordaban más los aspectos organizativos de la asistencia a los desplazados en general, así como la carga de trabajo que generan^{5,23}. Sin embargo, en los 2 últimos años, coincidiendo con la fase de desarrollo de nuestro estudio, varios artículos han debatido el problema de la asistencia a los ancianos desplazados «a meses» con los hijos^{3,11,24}. Por su parte, una iniciativa del comité de ética de la semFYC²⁵ ha pretendido aportar soluciones que mejoren la calidad de la asistencia a estos pacientes y ha llevado a la acuñación y aceptación del término «anciano golondrina», y a la edición y puesta en marcha de un modelo de historia y consejos para familiares y ancianos en la Comunidad de Madrid.

En conclusión, aunque el grado de registro en nuestro modelo de HCP ha sido insatisfactorio, la situación funcional de los ancianos desplaza-

dos rotatorios, peor que la de otros colectivos de ancianos y que condiciona probablemente su convivencia itinerante, justifica la necesidad de ampliar con otros estudios el conocimiento de estos pacientes y de aportar soluciones a sus problemas específicos.

En la actualidad no está suficientemente garantizada la atención continuada a los «ancianos golondrina» en nuestro sistema de salud. Sería deseable que el paciente desplazado llevase consigo algún documento clínico y el uso de la HCP podría ser un paso adelante en la solución de uno de los «puntos negros» de nuestro trabajo diario. Sin embargo, la generalización de una medida de este tipo sólo sería posible con una sensibilización previa de los familiares y, sobre todo, de los profesionales sanitarios.

Agradecimientos

A los Dres. Pepe Bascuñana, Miguel Ángel Barajas, Isabel del Cura y Manolo Guerra, médicos y amigos, por las correcciones.

A Cruz Ayerbe y a Teresa Sanz, técnicos de salud, por el asesoramiento metodológico.

Al FIS por el soporte material.

Y sobre todo a los numerosos compañeros que han realizado las historias de forma totalmente desinteresada, y cuya aportación es la imprescindible para cualquier investigación.

Bibliografía

- Rodríguez P, Sancho MT. Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30 (3): 141-152.
- Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (Proyecto ANCO). *Aten Primaria* 1997; 20 (1): 3-10.
- Sánchez L. El anciano golondrina. *JANO* 1996; 1.162: 20.
- Instituto Nacional de la Salud. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: INSALUD, 1995.
- Rollán AM, Liria M, Sánchez-Barba MJ, Pérez JJ. Atención a la población no adscrita en un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1994; 13: 344-348.
- Gené Badia J, Jiménez Villa J, Martín Sánchez A. Historia clínica y sistemas de información. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, directores. *Atención primaria* (4.ª ed.). Barcelona: Harcourt Brace, 1999; 258-274.
- Argimón JM, Jiménez J. Tamaño de la muestra. En: Argimón JM, Jiménez Villa J, directores. *Métodos de investigación*. Barcelona: Doyma, 1991; 77-89.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 50. Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños. Madrid: CSSS, 1997.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of index of ADL. *Gerontologist* 1970; 20-30.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-441.
- Fernández C, Ursua ME, Martínez A, Buil P. Problemas de los ancianos que se desplazan periódicamente a vivir con diferentes familiares. *Centro de Salud* 1997; 10: 568-572.
- Ribera D, Reig A, Majos A, Gomis B, Bernal RP, Delgado E. Condiciones sociales, de salud y competencia funcional de los ancianos muy viejos: un modelo socio-sanitario de atención domiciliaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30 (2): 85-94.
- Monte C, Alonso JC, Cabal A, Iglesias A. Capacidad funcional en mayores de 80 años. *Aten Primaria* 1995; 15 (3): 176-178.
- Gavira FJ, González JC, Guerrero JB, Muñoz M. Valoración clínica y económica de un programa de visitas domiciliarias al anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30 (6): 375-382.
- Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17 (4): 273-279.
- Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, López AT, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1994; 13 (4): 188-190.
- Álvarez M, De Aláiz AT, Brun E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria* 1992; 10 (6): 812-816.
- García de Blas F, González-Montalvo JI, Bermejo F, Colmenarejo C, Delgado L, Miguel I. Salud general, funcional y mental en la población anciana de tres barrios de Madrid. *Rev Gerontol* 1995; 2: 81-88.
- Vázquez-Noguerol R, Ferrer C, Cortés S, Herrero E, Espejo C, Cassinello C. Evaluación de la capacidad funcional de los ancianos y sus factores asociados. *ME-DIFAM* 1994; 6: 276-283.
- Martínez de la Iglesia J, Rubio MV, Espejo J, Aranda JM, Enciso I, Pérula LA. Factores asociados a la alteración cognitiva en una población urbana. Proyecto ANCO. *Aten Primaria* 1997; 20 (7): 345-353.
- Zunzunegui MV, Béland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol* 1995; 5: 245-258.
- Eiroa P. Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo. Tesis doctoral. Santiago de Compostela: Facultad de Medicina, 1994.
- Gras SJ, Vila M, Molés JD, Pons MA, García JR, Grifo B. Descripción de la estructura y demanda de un servicio de desplazados de la Seguridad Social. *Aten Primaria* 1989; 6 (8): 553-558.
- Borrell F. Desplazado, ¿apestado? *JANO* 1998; 1.239: 15.
- Sánchez L, Cubero P, Gutiérrez B, Jolín L, Garcés P. El anciano golondrina: una propuesta de atención sociosanitaria. *Dimens Hum* 1998; 2 (4): 17-25.