



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/94 - ¿Atendemos adecuadamente a nuestros ancianos?

M.R. García Marrero<sup>a</sup>, E.M. Pérez Luis<sup>b</sup>, L. Gómez Perera<sup>b</sup>, S.P. Torres Corred<sup>b</sup>, Á.M. Padrón Vizcaíno<sup>c</sup>, T. Rufino Delgado<sup>d</sup> y M.Á. Pérez Rivero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Santa Cruz de Tenerife Sur. Tenerife. <sup>d</sup>Técnico de Salud. UDMAFYC de Santa Cruz de Tenerife Zona 1. Tenerife.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar en qué medida la actividad clínica se relaciona con las necesidades de atención en ancianos.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes  $\geq 65$  años de dos cupos de un centro de salud suburbano, registrando variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, convivientes, estudios), clínicas (valoración funcional-cognitiva, comorbilidad, pluripatología, persona mayor riesgo (PMR), deterioro cognitivo, patología mental, inclusión en atención domiciliaria, exploración física (EF), analíticas, tensión arterial (TA), peso y de utilización de servicios (número visitas no administrativas a UAF). Se creó una variable, “atención clínica básica” (ACB), compuesta por 7 actuaciones realizadas en 2015: EF, TA, peso, revisión tratamiento, analítica, valoración cognitiva y funcional. Análisis uni y bivariante mediante t-Student, Anova y chi-cuadrado.

**Resultados:** 507 pacientes, edad  $74,35 \pm 6,89$  ( $25,6\% \geq 80$  años), 56,6% mujeres, 12,2% viven solos, 7,3% incluidos en atención domiciliaria, Katz (ABC 53,8%, DEFG 6,2%, no valorado 40%), 7,1% deterioro cognitivo, Charlson  $5,05 \pm 1,97$ , 19,7% pluripatológicos, 34,9% PMR, 19,3% patología mental. Actividades realizadas durante 2015: media visitas/paciente  $6,32 \pm 4,74$ ; TA 72,2%, peso 46,4%, EF 69,6%, analítica 83,2%, ajuste tratamiento 85,4%, valoración cognitiva 13% y funcional 15,4%. La ACB (media  $3,85 \pm 1,81$ ) sólo alcanzó cumplimiento total (7 actuaciones) en 6,9% de pacientes; en 5,9% no se realizó ninguna actuación (60% varones, edad  $73,97 \pm 8,68$ , 16,7% viven solos, 3,3% deterioro cognitivo, 23,3% PMR, 6,7% pluripatológicos, Charlson  $3,97 \pm 1,64$ , 90% no visitas en 2015). Se entrevistó telefónicamente a los pacientes sin visitas en 2015 ( $N = 28$ ), detectándose problemas de accesibilidad y visita a otros servicios médicos en sólo 2 pacientes. Análisis bivariante: no se encontraron diferencias en ACB en atención domiciliaria, deterioro cognitivo, edad  $\geq 80$  años, Katz. Se realizaron significativamente más actividades en mujeres, PMR, pluripatológicos, mayor Charlson. El número de visitas fue superior en atención domiciliaria, deterioro cognitivo, mujeres, PMR, pluripatológicos, mayor Charlson, Katz DEFG.

**Conclusiones:** La atención clínica que reciben los pacientes  $\geq 65$  años no parece estar modulada por su estado de salud. Se deben desarrollar actuaciones organizativas y clínicas dirigidas a individualizar la atención según sus necesidades de cuidados.

**Palabras clave:** Desigualdades en salud. Atención primaria. Cuidados inversos.