

¿Podemos asegurar la continuidad de la atención al anciano itinerante? Propuesta de un Informe de Salud

Sánchez Beiza, L.*; Sánchez del Corral Usaola, F.**; Uranga Gómez, A.***; Castellanos del Pozo, L.****; Jiménez Rodríguez, F.***** y Almeida Quintana, L.***.

* Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinadora de Formación Continuada. ** Especialista en Geriatría y Gerontología y en Medicina de Familia y Comunitaria. ESAD. *** Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. C.S. V Centenario. **** Trabajadora social. ***** Directora de Enfermería. Área 5. Insalud-Madrid.

En las últimas décadas asistimos en España a un crecimiento sin precedentes de la esperanza de vida de la población. En el año 2010 se estima que vivirán en nuestro país seis millones de ancianos (1). El reto para el Sistema Nacional de Salud y para los propios familiares es alarmante, como lo ha reconocido la Administración, que está realizando en los últimos años un esfuerzo para crear y adaptar nuevos recursos (2-4).

Los cambios demográficos y económicos de los años sesenta y setenta se han caracterizado por el abandono de las zonas rurales de los más jóvenes, en busca de empleo, hacia las zonas industriales y de servicios. Esta población se ha instalado en la periferia de las grandes ciudades, en pisos de tamaño reducido, que hacen difícil acoger a los ancianos de la familia en unas condiciones razonables de comodidad (1).

Las personas mayores que pierden autonomía para la vida independiente y disponen de escaso o nulo apoyo social en las pequeñas poblaciones de origen, se ven abocados irremediablemente a vivir con sus hijos.

La incorporación de la mujer al trabajo, sobre la que clásicamente ha recaído la mayor carga de la atención a las personas mayores, contribuye a que la problemática sea más acuciante. Además, se espera que este fenómeno se incremente en los próximos años. El «potencial cuidador femenino» (mujeres entre 45-69 años/personas mayores de 70 años) ha pasado en nuestro país de 2,48 en 1960 a 1,53 en 1990 (1). Culturalmente, en España no se acepta de forma cómoda que los ancianos se institucionalicen. Si bien esta realidad está evolucionando, la familia española responde en la actualidad con una forma

de adaptación no frecuente en el centro y norte de Europa: acogiendo al anciano de forma rotatoria en el domicilio de cada uno de los hijos (5).

Esto motiva en muchas familias una especie de «reparto del abuelo» en diferentes domicilios a lo largo del año, lo que le convierte en un «anciano frágil» (3), con todos los riesgos que ello supone, y de difícil abordaje sociosanitario (6, 7). La información clínica incompleta por falta de historia clínica y la responsabilidad sanitaria diluida son factores adicionales de fragilidad en estos pacientes (8).

Denominamos «anciano itinerante» o «anciano golondrina» al paciente de edad avanzada que cambia de domicilio con frecuencia, generalmente como consecuencia de la incapacidad para vivir de modo autosuficiente (9). Se considera que esta modalidad de convivencia afecta en nuestro país al 10% de las mujeres ancianas y al 4% de los varones, aunque en mayores de 85 años, puede llegar hasta el 15% (5).

Este «anciano golondrina», llamado peyorativamente en alguna región de España «anciano paquete» o «anciano maleta» y denominado por la Administración «usuario desplazado», suele acudir a la consulta acompañado de su cuidador principal de turno, con escasa información clínica, solicitando atención médica o de enfermería, la prescripción de fármacos de diferente tipo o bien es atendido en su domicilio por estar inmovilizado (8).

Si bien la atención a estos pacientes plantea también dificultades en otros países, determinados factores como los movimientos migratorios anteriores aludidos y una mayor velocidad de envejecimiento (mientras que en Francia han transcurrido más de 100 años para pasar de un índice de envejecimiento del 7% al 14%, en España esto se ha producido en tan sólo 46 años) (1), hacen que en nuestro país el problema adquiera especial envergadura.

Por sus características de edad, fragilidad y frecuente comorbilidad, estos pacientes realizan un mayor con-

Correspondencia: Lidia Sánchez Beiza. Coordinadora de Formación Continuada Área 5. Gerencia de Atención Primaria. Monforte de Lemos, s/n. Recinto Hospital del Rey. 28029 Madrid. E-mail: lsanchez@gapm05.insalud.es.

Recibido el 15-12-99; aceptado el 12-1-00.

sumo de recursos sanitarios a todos los niveles (atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias) (10), aunque la responsabilidad principal de atención sanitaria recae sobre los profesionales de Atención Primaria y dentro de la Atención Especializada, sobre los Servicios o Unidades de Geriatría (3). Por tanto, concierne a los profesionales que trabajan en estos ámbitos (médicos de familia (MF), geriatras, profesionales de Enfermería, trabajadores sociales...) articular respuestas adecuadas a las necesidades asistenciales de estos pacientes.

En el presente artículo presentamos un modelo de Informe de Salud Estructurado que el anciano o su cuidador puede llevar en las diversas rotaciones y que contiene la información básica para facilitar la continuidad de los cuidados médicos y de enfermería. Se ha diseñado desde Atención Primaria y pretende, intentando cumplir con las premisas de sencillez de cumplimentación y manejo, recoger los datos principales de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) (11, 12).

INFORME DE SALUD PARA EL ANCIANO QUE CAMBIA DE DOMICILIO CON FRECUENCIA

Dados los beneficios que la VGI ha demostrado respecto a la valoración clínica habitual (13-15) y de acuerdo con las directrices de diversos grupos de expertos y autoridades sanitarias (3, 12, 16-18), hemos estructurado el presente «Informe Sobre el Estado de Salud» (IS) en los siguientes apartados*.

- Página 1: datos de filiación y de centros y profesionales que le atienden y nombre del cuidador principal.
- Página 2: valoración funcional (Índice de Barthel) (19, 20), mental (Test de Pfeiffer) (21) y afectiva (Escala de Yesavage) (22, 23).
- Página 3: Problemas geriátricos, vacunas y alergias.
- Páginas 4 y 5: Listado de problemas.
- Páginas 6 y 7: Tratamiento farmacológico y registro de la prescripción.
- Páginas 8 y siguientes: hojas de SOAP (Subjetivo, Objetivo, Aproximación diagnóstica, Plan Terapéutico) u hojas de evolución habituales en las historias de atención primaria.

Las diferentes herramientas de valoración se han seleccionado en función de su sencillez de uso, fiabilidad y validez (24, 25), así como de su aceptación en nuestro país (26). Se ha cuidado que pueda ser utilizado por trabajadores sociales, enfermeros y médicos en cada uno de los desplazamientos.

* Los interesados en recibir un IS completo, pueden pedirlo a LSB. Ver correspondencia.

DISEÑO Y EVALUACIÓN DEL INFORME DE SALUD

Desde la detección de este problema en 1996 hasta la elaboración del IS definitivo se han recorrido diferentes etapas, tanto para su diseño como para su evaluación y posteriores modificaciones. Destacamos las siguientes fases:

- 1997: Diseño y prueba piloto del IS en el Equipo de Atención Primaria «V Centenario» (INSALUD, Área 5 de Madrid). A lo largo de 12 meses se inicia la utilización del IS en las ocho consultas de medicina de familia y las cuatro atendidas por residentes de tercer año de MF. Tras una encuesta, se valora la aceptación como «muy buena», especialmente entre los médicos residentes. Se introducen algunas modificaciones en el documento.
- Marzo-agosto de 1998: Diseño y puesta en marcha de un estudio para medir su grado de aceptación por 18 médicos y 15 enfermeras pertenecientes a nueve Centros de Salud del Área 5 de Madrid (seis urbanos y tres rurales). Posteriormente se realizaron dos encuestas a los profesionales para conocer la valoración tanto global como de los diferentes apartados del IS y sugerencias de mejoras, y una encuesta telefónica al propio paciente o a su cuidador principal. Ello fue motivo de una aportación al XVIII Congreso de la SEMFYC, realizado en 1998 en Zaragoza (27).

De las encuestas realizadas a los profesionales que utilizaron el IS, destacamos los siguientes datos como los más importantes: la alta valoración global (8,1 puntos sobre 10) y de todos los apartados (particularmente del listado de problemas, tratamiento farmacológico, hojas de SOAP, problemas geriátricos y VGI, todos ellos con una puntuación media superior a 9); tiempo medio de 16,4 minutos empleado para su cumplimentación (DE: 6,1); el 71,4% afirmó que le supuso una ayuda en la atención a estos pacientes y el 96,3% deseaban poder seguir disponiendo del IS. El principal factor que impidió la cumplimentación del informe fue la falta de tiempo (69,7%) y en ningún caso la sensación de falta de utilidad o de duplicación de esfuerzos.

En cuanto a la información obtenida del paciente o de su cuidador (35 en total), el 91,4% recordaban y conservaban el IS y además les parecía útil, sobre todo para conocer las enfermedades que padecen (82,9%) y la medicación que tomaban (80%). El 42,9% manifestaron que habían sido mejor atendidos en sus desplazamientos desde que tenían el IS («igual» el 25,7% y «no sabe/no contesta» el 31,4%). La mayoría afirmaron que la opinión de otros profesionales y de los familiares había sido buena.

- 1999: Dada la buena aceptación del documento y una vez introducidas las modificaciones sugeridas tras los estudios piloto, se realiza una reunión con representantes de las once Áreas de Atención Primaria del Insalud, Madrid, en su mayoría responsables de las Gerencias o del Programa del Anciano. En dicha reunión se constata

la existencia de otras iniciativas similares en dos áreas (28). La aceptación del documento es prácticamente generalizada, y se discuten nuevas modificaciones. Tras realizarse las mismas, se remite una copia a cada uno de los presentes en la reunión. Se consideran estas modificaciones como las últimas y se da por finalizada la fase de diseño del IS.

- Mayo de 1999: Se presenta el IS en el IX Congreso de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (29).
- 1998-1999: Elaboración de un «Tríptico Para un Mayor Bienestar del Anciano y del Cuidador Principal» (8). Hemos diseñado este tríptico como complemento al IS, con el objetivo de contribuir a la educación sanitaria del cuidador principal del anciano que se desplaza de su domicilio habitualmente.
- Septiembre de 1999: Presentación a la Subdirección General de Atención Primaria para valorar su edición y posterior distribución en el INSALUD. El objetivo del presente proyecto es realizar una edición del IS y del tríptico, para su utilización por los profesionales de Atención Primaria del Insalud, tanto médicos como profesionales de enfermería y trabajadores sociales.
- Septiembre - noviembre de 1999: Presentación del IS y del tríptico a miembros de las Sociedades Españolas de: Geriatría y Gerontología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural y Generalista, Medicina General; Asociación Europea de Asistentes Sociales, Federación Española de Enfermería Comunitaria y Fundación Alzheimer de España, para su valoración.
- Noviembre de 1999: Presentación de ambos documentos a la Dirección Territorial del Insalud, Madrid. Se distribuyen los ejemplares editados a todas las Áreas sanitarias del INSALUD de Madrid.
- Diciembre de 1999: Presentación a diversos medios de comunicación, tanto generales como del ámbito sanitario.
- Enero de 2000: Inicio de su utilización por parte de los equipos de atención primaria de Madrid. La cumplimentación del IS será totalmente voluntaria.

Como actividad complementaria, durante los años 1997-1998, un grupo de profesionales interesados en la problemática del anciano que se desplaza, ha elaborado por encargo del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y publicado en la revista HUMANA el artículo «El anciano golondrina: una propuesta sociosanitaria» (8).

DISCUSIÓN

El anciano que se ve obligado a desplazarse para vivir en diferentes domicilios, sufre al menos una condición («cambio reciente de domicilio») que le convierte en «an-

ciano frágil» (3, 30); es bien conocido que la «fragilidad» expone a la persona mayor a diversos riesgos, entre ellos a una mayor probabilidad de ingresos hospitalarios repetidos y prolongados, institucionalización y muerte (11, 31). Y con frecuencia, se suman otras condiciones de fragilidad (viudedad reciente, edad mayor de 80 años, diversas afecciones crónicas que condicionan incapacidad funcional, polifarmacia, depresión...) que aumentan su fragilidad o le sitúan como «Paciente Geriátrico» (3).

No es de extrañar, por tanto, que la asistencia al «anciano frágil» se considere «prioritaria en todos los Programas de Atención al Anciano», recayendo la responsabilidad sobre el Equipo de Atención Primaria, «siendo deseable la colaboración de recursos de Geriatría» (3). Sin embargo, en el caso del anciano que cambia de domicilio, la realización de todas las actividades recogidas en los Programas (captación, VGI, tratamiento, seguimiento y apoyo a cuidadores) (32), presenta enormes dificultades derivadas fundamentalmente de la falta de información de problemas de salud y de tratamientos. Se ha descrito la discordancia entre las enfermedades que dicen padecer los ancianos y los diagnósticos reflejados en la historia clínica (33).

El IS que presentamos pretende facilitar la asistencia a estos pacientes y a sus cuidadores de una forma integral y posibilitar así la atención continuada y la coordinación con otros recursos y niveles sanitarios. Es decir, dar respuesta a una frecuente «necesidad sentida», tanto por profesionales de Atención Primaria y Geriatría como por el propio usuario y su familia.

Hemos considerado que, dadas las características del anciano que se desplaza, resulta fundamental orientar el IS en base al seguimiento de los problemas de salud y no como un informe médico clásico, que finaliza en las recomendaciones terapéuticas. En este sentido, todos los apartados permiten anotar los cambios que se produzcan (clínicos, funcionales, problemas geriátricos, cuidados de enfermería, tratamientos...) y se han incluido hojas de seguimiento (las «SOAP» utilizadas en Atención Primaria).

Tras las fases de diseño y evaluación hemos objetivado una buena aceptación del IS, tanto a nivel de médicos y profesionales de enfermería de Atención Primaria como de los propios usuarios (27); se puede resaltar la alta valoración de todos los apartados, la afirmación de haber supuesto una ayuda en la atención al anciano desplazado y el deseo de recibir nuevos ejemplares de IS para seguir empleándolos.

Ha sido evidente, sin embargo, que la principal limitación para su uso es la escasez de tiempo en las consultas, tanto del médico como de enfermería. A pesar de ello, no existió la sensación de inutilidad y se objetivó además una importante disminución del tiempo (de 20,2 a 16,4 minutos de media) a medida que el profesional se familiarizaba con su uso. Ya que el IS recoge básicamente datos establecidos en el Subprograma de Atención al Anciano del territorio del INSALUD, creemos que el esfuerzo necesario

para su realización será menor al consolidarse la cumplimentación de dicho subprograma.

El IS recoge información de forma explícita sobre tres aspectos de la VGI que son frecuentemente olvidados en la práctica habitual a pesar de su enorme importancia para la correcta atención al anciano y para su bienestar: el despistaje de depresión (34), los síndromes geriátricos (35) y el tratamiento farmacológico (36, 37). Los tres apartados fueron valorados muy positivamente por los profesionales que han utilizado el IS (27).

Múltiples estudios y recomendaciones de expertos alertan sobre los rasgos distintivos de la depresión en el anciano, el elevado porcentaje de casos no diagnosticados y la importancia de un tratamiento adecuado y precoz (34, 38, 39). El test de Yesavage o «Escala de Depresión Geriátrica» es posiblemente la herramienta de despistaje de depresión en el anciano más conocida y utilizada, no solamente en nuestro país sino también a nivel internacional (23, 24) y su eficacia se ha demostrado en diversos ámbitos, incluida la asistencia ambulatoria (40, 41).

Respecto a los síndromes geriátricos, existe también abundante evidencia de la escasa atención prestada por parte de los profesionales sanitarios, no sólo de atención primaria (35, 42-44), de la importancia de la prevención y diagnóstico precoz y del impacto que producen tanto en la persona mayor como en sus familiares (45-49). Todo ello explica que se haya dedicado un apartado específico para su registro.

El problema del tratamiento farmacológico en el anciano incluye muy diversos aspectos, como son la frecuente polifarmacia (50, 51), los efectos secundarios (muchas veces no diagnosticados y ocasionalmente graves) (36, 52), los problemas de adherencia y de automedicación (53-55), e incluso las medidas actuales de contención del gasto farmacéutico que puede dificultar que el anciano desplazado obtenga con facilidad los fármacos que precisa (queja frecuente cuando los pacientes regresan de sus desplazamientos). Además, se ha observado que la intervención de varios prescriptores puede provocar duplicidad en los tratamientos (56). Creemos que el apartado dedicado al tratamiento, que incluye un amplio espacio para anotar dosis y fechas en que se prescriben los fármacos, puede contribuir a resolver muchos de estos problemas. Un alto porcentaje de ancianos y cuidadores manifestaron que el IS les había sido útil para obtener recetas en sus desplazamientos (27).

Como conclusión, creemos que el IS es una herramienta útil para mejorar la atención al anciano que se desplaza y que recoge la información más importante de acuerdo a las particularidades del «anciano frágil», de una forma relativamente sencilla y asequible para los profesionales de Atención Primaria. Esta información puede también ser útil ante la eventual necesidad de asistencia en el ámbito hospitalario y en las urgencias.

La problemática de las personas mayores que se ven obligadas a vivir de forma rotatoria en diversos domicilios ha sido insuficientemente abordada tanto desde la perspectiva sanitaria como desde la social. Representa un enorme campo abierto para la investigación gerontológica en su sentido más amplio, que por su trascendencia no se debe olvidar.

Deseamos que esta iniciativa tenga tan buena acogida entre todos los profesionales que atienden directamente al anciano, como la recibida hasta el momento.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a los doctores Cruz Jentoft, Ruiz Pérez Cantera, Baután Cortés y González Montalvo, la favorable acogida que han dispensado al IS, así como sus amables indicaciones y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Envejecer en España. Manual estadístico sobre el envejecimiento de la población. Madrid: Fundación Caja de Madrid; 1996.
2. INSERSO. Plan Gerontológico. Madrid; 1993.
3. INSALUD. Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Secretaría General; 1995.
4. Comunidad Autónoma de Madrid. Plan del Mayor. Madrid; 1997.
5. INSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid; 1995.
6. Rollán Landeras AM, Liria González M, Sánchez-Barba de Antón MJ, Pérez Bados JJ. Atención a la población no adscrita en un Centro de Salud urbano. Reunión con representantes de las once Áreas de Atención Primaria del Insalud. Madrid: Atenc Prim 1994;7:344-8.
7. 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;30:141-52.
8. Sánchez Beiza L, Cubero P, Gutiérrez B, Jolín L, Garcés P. El anciano golondrina: una propuesta de atención sociosanitaria. Humana 1998; 2:17-25.
9. Sánchez Beiza L. El abuelo golondrina. JANO 1996;L(1162):20.
10. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Madrid; 1992.
11. Reuben DB. Principles of Geriatric Assessment. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, eds. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 467-81.
12. González Montalvo JL, Pérez del Molino J, Rodríguez Mañas L, Salgado Alba A, Guillén Llera F. Geriatría y Asistencia Geriátrica: para quién y cómo (II). Med Clin (Barc) 1991;96:222-8.
13. Rubenstein LZ. Geriatric Assessment: an overview of its impacts. Clin Geriatr Med 1987;3:1-17.
14. Rubenstein LZ, Stuck AE, Sin AL, Wieland D. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on defined outcomes: overview of the evidence. J Am Geriatr Soc 1991;39(9 Pt 2):8S-16S.
15. Stuck AE, Sin AL, Wieland D, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive Geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342:1032-6.
16. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del Programa del Anciano en Atención Primaria de Salud. Madrid: Colección Atención Primaria de Salud (nº 5); 1984.

17. Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-Making. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:342-7.
18. González Montalvo JI, Salgado Alba A. Manejo del paciente anciano en Atención Primaria. *Líneas Guía. Atenc Prim* 1992;9:219-26.
19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965;14:61-5.
20. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón MT, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebro vascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
21. González JL, Rodríguez L, Rupérez I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la Escala de Incapacidad Mental de Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un Servicio de Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992;27:129-34.
22. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a Geriatric Depression Scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
23. Medina Arteaga MT. Depresión. En: SEMFYC ed. *Guía de actuación en Atención Primaria*. Barcelona; 1998. p. 238-43.
24. Standardized Assessment Scales for Elderly People. The Royal College of Physicians of London and the British Geriatric Society. Londres, 1992.
25. Montorio Cerrato I, Lázaro Hernández S. Instrumentos de valoración funcional en la edad avanzada: un análisis bibliométrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:45-54.
26. Benítez del Rosario MA. Atención de salud en el paciente anciano. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds: *Atención Primaria*. 4^a Ed. Barcelona: Editorial Harcourt Brace; 1999. p. 1595-623.
27. Sánchez Beiza L, Almeida Quintana L, Uranga Gómez A, Sánchez del Corral F, Sellés de Oro B, García Morato S. Informe Geriátrico para el anciano golondrina. Valoración de su aceptación en Atención Primaria. Comunicación oral. XVIII Congreso SEMFYC. Zaragoza: noviembre; 1998.
28. García de Blas F, Cubero González P, Salas Dueñas R, Gutiérrez Teira B, Barba Calderón, Cid Abasado F. Uso de un Modelo de Historia Clínica entregada a los ancianos desplazados rotatorios. Comunicación oral. XVIII Congreso SEMFYC. Zaragoza: noviembre; 1998.
29. Sánchez Beiza L, Uranga Gómez A, Sánchez del Corral F, Almeida Quintana L, Sellés de Oro B, García Morato S. Informe Geriátrico para el Anciano Golondrina. Valoración de su aceptación en Atención Primaria. Ponencia mesa: Investigación sobre el Anciano en la Comunidad Autónoma de Madrid. IX Congreso SMMFYC. Madrid: mayo; 1999.
30. Nygaard HA, Albrektsen G. Risk factors for admission to a nursing home. *Scan J Prim Health Care* 1992;10:128-33.
31. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: Mc Graw-Hill; 1999. p. 1387-402.
32. Subprograma de Atención al Anciano. Área 5 de Atención Primaria del INSALUD. Madrid; 1995.
33. Rodríguez Sanz J, González López V, Serrano González MA, Montero Morales C, Delgado Fraile MA, Blanco Mediavilla B. ¿Saben nuestros ancianos las enfermedades que padecen? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:267-71.
34. Tannock CH, Katona C. Minor Depression in the Aged. Concepts, Prevalence and Optimal Management. *Drugs Aging* 1995;6:278-92.
35. Benítez Rosario MA, Hernández Estévez P, Barreto Méndez J. Evaluación Geriátrica exhaustiva en Atención Primaria: Valoración de su utilidad. *Atenc Prim* 1994;13:8-14.
36. Guswitz JH. Suboptimal medication use in the elderly. The tip of the iceberg. *JAMA* 1994;272:316-7.
37. Gómez de la Cámara A. Consumo de fármacos en los ancianos españoles. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 1990; 14:302-7.
38. Mac Donald AJD. Do General Practitioners «miss» depression in elderly patients? *Br Med J* 1986;292:1365-7.
39. Pérez-Stable EJ, Miranda J, Muñoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med* 1990; 150:1083-8.
40. Evans S, Katona CLE. Depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia* 1993;4:327-33.
41. Ramsay R, Wright P, Katz A. The detection of psychiatric morbidity and its effects on outcome in acute elderly medical admissions. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;2:105-10.
42. Sánchez González R, Rupérez Cordero MA, Delgado Nicolás R, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez LA. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Atenc Prim* 1999;24:421-4.
43. Graham HJ, Firth J. Home accidents in older people: role of primary health care team. *Br Med J* 1992;305:30-2.
44. Calkin DR, Rubenstein LZ, Cleary PD, Davies AR, Jetton AM, Fink A, et al. Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients. *Ann Intern Med* 1991;114:451-4.
45. Rubenstein LZ, Robbins AS, Schulman BL, Rosado J, Osterweil D, Josephson KR. Falls and instability in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:266-78.
46. Radecki SE, Kane RL, Solomon DH, Mendenhall RC, Beck JC. Are physicians sensitive to the special problems of older patients? *J Am Geriatr Soc* 1988;36:719-25.
47. Navarro Ceballos C, Verdejo Bravo C. Estreñimiento. Impactación fecal. En: Ribera Casado JM, Cruz Jetoff AJ, eds. *Geriatría en Atención Primaria*. 2^a ed. Barcelona: Ed J Uriach & Cía; 1997. p. 255-64.
48. Martín Graczyk AI, Vázquez Pedreza C. Patología por inmovilidad. En: Ribera Casado JM, Cruz Jetoff AJ, eds. *Geriatría en Atención Primaria*. 2^a ed. Barcelona: Ed J Uriach & Cía; 1997. p. 371-9.
49. Martín Trapero C, Torrijos Torrijos M, Sesma González D. Úlceras por presión. Prevención y tratamiento. En: Ribera Casado JM, Cruz Jetoff AJ, eds. *Geriatría en Atención Primaria*. 2^a ed. Barcelona: Ed J Uriach & Cía; 1997. p. 381-90.
50. Prieto Lozano A, Wilke Trinxat A, Soldado Ordóñez C, Moliner Molins C, Gene Badia J. Uso racional de fármacos en el anciano. Reunión con representantes de las once Áreas de Atención Primaria del Insalud. Madrid. *Atenc Prim* 1997;19:96-100.
51. Zunzunegui MZ, Béland F, Recalde JM. La utilización de medicamentos en las personas mayores que residen en su comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32:109-15.
52. Lindley CM, Tully MP, Paromsothy V, Tallis RC. Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing* 1992;21:294-300.
53. Ostrom JR, Hammarlund ER, Christensen DB, Plein JB, Keithley AJ. Medication usage in elderly population. *Med Care* 1985;23:157-64.
54. Lázaro del Nogal M. Reacciones adversas a medicamentos. En: Ribera Casado JM, Cruz Jetoff AJ, eds. *Geriatría en Atención Primaria*. 2^a Ed. Barcelona: Ed J Uriach & Cía; 1997. p. 45-52.
55. Stewart RB, Cooper JW. Polypharmacy in the aged. Practical solutions. *Drug Aging* 1994;4:449-61.
56. Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, et al. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Atenc Prim* 1998;22:165-70.