

# PROYECTO DAPME

---

**Un Día  
en la Atención  
Preventiva  
al Paciente Mayor  
en España**



Sociedad Española  
de Geriatria y Gerontología

# PROYECTO DAPME

## Un Día en la Atención Preventiva al Paciente Mayor en España

### Dirección Técnica:

David Martínez Hernández  
*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.  
Vicedecano Formación y Postgrado. Facultad de Medicina.  
Universidad Complutense de Madrid.*

### Dirección Científica:

Pedro Gil Gregorio  
*Servicio de Geriátría. Hospital Clínico Universitario San Carlos.  
Madrid.  
Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología  
(SEGG).*

### Colaboradores:

#### Atención Médica:

Ana Orero González  
M<sup>a</sup> Luisa Rodríguez de la Pinta

#### Atención Farmacéutica:

José González Núñez

#### Documentación:

David Carabantes Alarcón  
Juana María Santos Sancho



# Proyecto DAPME

## Un Día en la Atención Preventiva al Paciente Mayor en España

### **Dirección Técnica:**

David Martínez Hernández

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. UCM. Madrid.

Vicedecano Formación y Postgrado. Facultad de Medicina. UCM.

### **Dirección Científica:**

Pedro Gil Gregorio

Servicio de Geriátría. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid

Presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)

### **Colaboradores:**

-Atención Médica:

Ana Orero González

M<sup>a</sup> Luisa Rodríguez de la Pinta

-Atención Farmacéutica:

José González Núñez

-Documentación:

David Carabantes Alarcón

Juana María Santos Sancho





## ÍNDICE

<b>POBLACIÓN Y ENVEJECIMIENTO. LOS MAYORES DE 65 AÑOS.....</b>	<b>7</b>
PRINCIPALES BASES DE DATOS DE CONSULTA SOBRE EVIDENCIA CIENTÍFICA.....	8
<b>PROYECTO DAPME (UN DÍA EN LA ATENCIÓN PREVENTIVA AL PACIENTE MAYOR EN ESPAÑA). CARACTERÍSTICAS .....</b>	<b>10</b>
DESCRIPCIÓN .....	11
JUSTIFICACIÓN .....	11
MATERIAL Y MÉTODO.....	13
Tipo de estudio .....	13
Premisas.....	13
Trabajo de Campo .....	14
Análisis de datos .....	15
RECOGIDA FINAL DE CUESTIONARIOS: AJUSTE MUESTRAL .....	15
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>16</b>
CENTRO DE TRABAJO DEL MÉDICO PARTICIPANTE.....	16
DATOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE MAYOR.....	17
Edad del paciente .....	17
Análisis de la edad por tipo de centro.....	19
Sexo del paciente.....	19
Análisis de la edad por sexo .....	21
Situación personal del paciente .....	21
Análisis de la situación personal por sexo .....	22



Situación de dependencia .....	23
Análisis de la situación personal por sexo .....	24
MOTIVO DE CONSULTA .....	25
Principal motivo de consulta del paciente .....	25
Actuación frente al motivo de consulta del paciente .....	27
Actuación en caso de tomar medidas terapéuticas .....	28
DETERMINACIÓN DE LA COMORBILIDAD .....	29
Principales enfermedades de base .....	29
Actuación ante la patología de base .....	32
Existencia de patología asociada .....	33
Principales patologías asociadas .....	33
RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES.....	38
Recomendaciones sobre medidas dietéticas .....	41
Recomendaciones acerca del ejercicio físico .....	42
Recomendaciones sobre hábitos tóxicos .....	44
Recomendaciones sobre promoción de hábitos saludables .....	45
REALIZACIÓN DE ACTUACIONES PREVENTIVAS.....	46
Actuaciones preventivas del tipo de la vacunación .....	46
Actuaciones preventivas realizadas a lo largo del último año .....	48
Actuaciones preventivas realizadas a lo largo del último año .....	49
ACTUACIÓN FRENTE A ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	53



Actuación preventiva contra la gripe en el último año.....	54
Tipo de actuación preventiva contra la gripe.....	55
Episodios de gripe en los pacientes que no recibieron actuación preventiva	56
Actuación preventiva contra la infección neumocócica durante el último año.....	57
Tipo de actuación preventiva contra la infección neumocócica .....	59
Episodios de enfermedad neumocócica en los pacientes que no recibieron actuación preventiva .....	60
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>62</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>77</b>
<b>RESUMEN Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>92</b>



“Ser viejo es vivir

poseyendo lo que uno ha sido”

**Pedro Laín Entralgo** (*Las edades*)

“Por sus pasos contados la vejez

se ha puesto a mi lado y anda conmigo”

**Luciano G. Egido** (*La piel del tiempo*)





## **POBLACIÓN Y ENVEJECIMIENTO. LOS MAYORES DE 65 AÑOS.**

Uno de los rasgos más característicos de las sociedades desarrolladas durante el último siglo ha sido el del envejecimiento progresivo de la población (1, 2). Los avances sociosanitarios, especialmente los referidos a la medicina preventiva y la salud pública, la mejora de las condiciones alimentarias y el extraordinario progreso de la farmacología han producido un considerable aumento de la longevidad haciendo que la esperanza de vida, que apenas alcanzaba los cincuenta años antes de la Segunda Guerra Mundial, haya superado la barrera de los ochenta años en el comienzo del nuevo milenio (1-3).

España no ha sido ajena a la auténtica revolución silenciosa que ha supuesto el llamado “encanecer de las naciones”, hasta el punto que se encuentra entre los de mayor esperanza de vida (2). Las personas mayores de 65 años representan en la actualidad (1 de enero de 2011) el 16,5% de la población española total y más del 20% de la población adulta, es decir, alrededor de 7.8 millones de personas, un 10% más que en 2001 (4). El número de mayores de 80 años se ha duplicado en los últimos 20 años y actualmente representa uno de cada 3-4 personas mayores de 65 años, o sea, casi el 5% de la población general (4).

El envejecimiento ocupa cada vez franjas más amplias en la pirámide poblacional española (5) y, al hecho de vivir más tiempo, se une el que estos años de más vida sean diferentes (6), produciendo variaciones importantes en la epidemiología de numerosas enfermedades, así como en el modelo de prestaciones sanitarias y, por tanto, en las políticas socioeconómicas a seguir (6-10). Conviene recordar que la población de más de 65 años origina prácticamente la mitad de los ingresos hospitalarios y que el anciano es el candidato ideal para adquirir infecciones extra e intrahospitalarias, especialmente las de origen respiratorio (11). En muchos casos, la alta morbilidad se corresponde con cifras elevadas de mortalidad, pero no siempre las infecciones más frecuentes son las más graves; en general, se considera que las más peligrosas son la gripe, la neumonía y la meningitis bacteriana (11, 12).



La *vejez* o *ancianidad* no tiene nada de biológico o natural, sino que se trata de una construcción artificial y arbitraria, variada y plural, determinada tanto por aspectos sociolaborales como políticos y legales (3). La edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento, ya que existen variaciones en el estado de salud, la participación y los niveles de independencia entre las personas mayores de la misma edad (3, 12). En el presente trabajo hemos establecido un “listón” de edad en los 65 años por razones puramente metodológicas y para adaptar los resultados y la discusión a la mayoría de las fuentes que proporcionan datos sobre atención sanitaria y utilización de medicamentos. En aras de no crear confusión utilizaremos como sinónimos a lo largo del estudio las denominaciones anciano, viejo, persona mayor, individuo geriátrico, etc., por una parte, y ancianidad, vejez, tercera edad, población geriátrica, etc., por otra.

### ***PRINCIPALES BASES DE DATOS DE CONSULTA SOBRE EVIDENCIA CIENTÍFICA***

Las principales fuentes consultadas en relación al tema objeto del estudio han sido las siguientes:

La búsqueda de los términos *Prevention* y *Aged* en The Cochrane Library (<http://www.thecochranelibrary.com>), a través de su herramienta principal de búsqueda, da como resultado 49 revisiones sistemáticas de un total de 7.092 revisiones y 880 ensayos en el registro Cochrane Central de estudios controlados.

JBI CONNECT+, Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics (<http://www.jbiconnectplus.org/>), es una red clínica de evidencia *on line* sobre cuidados del Joanna Briggs Institute. En esta base de datos, orientada a cuidados de salud, no se obtiene ningún resultado en la búsqueda sobre anciano y comorbilidad, pero sí existe un nodo sobre cuidados a personas mayores.

La herramienta Web of Knowledge (<http://www.accesowok.fecyt.es/>) es una plataforma desarrollada por la empresa Thomson-ISI que permite el acceso a una de



las fuentes más importantes de conocimiento existentes. La búsqueda en esta base de datos con los términos *Prevention* y *Aged* da como resultado 408.422 documentos.

PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) es una de las bases de datos más importantes en el ámbito biosanitario, desarrollada por la Biblioteca Nacional de los Estados Unidos. La mayoría de bibliotecas universitarias incluyen PubMed dentro de las bases de datos disponibles para los usuarios. La búsqueda de los términos *Prevention* y *Aged*, mediante el tesoro MeSH, ofrece 235.063 resultados.

En cuanto al acceso abierto, BioMed Central (<http://www.biomedcentral.com/>) es una de las editoriales que se dedican al acceso abierto, entre las que se encuentran gran *cantidad* de revistas sobre biomedicina. La búsqueda de los términos *Prevention* y *Aged* da como resultado un total de 7865 documentos.

DOAJ-Directory of Open Access Journals (<http://www.doaj.org/>) es una plataforma que recoge artículos en abierto de revistas científicas. La búsqueda de los términos *Prevention* y *Aged* da como resultado un total de 735 documentos.

El Sistema Google Académico (<http://scholar.google.es/>) para la búsqueda de materiales de contenidos científicos (artículos, informes técnicos, documentos previos a la impresión, presentaciones a congresos y tesis doctorales) da como resultado un total de 2.500.000 hallazgos para los términos *Prevention* y *Aged*.

Se consultó también la base de datos SciELO (Scientific Electronic Library Online) España (<http://scielo.isciii.es/scielo.php>), desarrollada por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III, que permite el acceso a texto completo de distintas revistas. La búsqueda del término *Prevention* y *Aged* da como resultado un total de 51 documentos.

Los resultados de las búsquedas realizadas dan una idea del gran interés existente dentro y fuera de España por la atención preventiva a la persona mayor. Sin embargo, no se ha localizado un mapa que determine el día a día en dicha atención por parte de los geriatras, determinando, además, el motivo de consulta, la comorbilidad existente



y la actuación específica frente a la gripe y a la infección neumocócica. De ahí, la importancia del presente estudio y las posibilidades que abre el análisis de sus resultados, tanto como base de conocimiento como punto de partida para la toma de decisiones y desarrollo de pautas de actuación.

## **PROYECTO DAPME (UN DÍA EN LA ATENCIÓN PREVENTIVA AL PACIENTE MAYOR EN ESPAÑA). CARACTERÍSTICAS**

### **Descripción**

Un Día en la Atención Preventiva al Paciente Mayor en España (DAPME) es un programa de investigación sociosanitaria, promovido por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), bajo la solicitud de la Fundación Pfizer, que ha actuado como impulsora y promotora del proyecto, y contando con la dirección técnica del profesor David Martínez Hernández (Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Complutense de Madrid).

El objetivo del estudio es conocer el día a día en la asistencia preventiva a los pacientes mayores en la atención especializada, obtener una imagen precisa de la misma y, a partir de ella, proponer estrategias para mejorar la eficiencia y la calidad asistencial en los pacientes mayores.

La disponibilidad de un mapa de la atención preventiva al paciente mayor en España se presenta como una gran oportunidad no sólo para conocer de forma más precisa su realidad, sino también para distribuir más adecuadamente los recursos humanos, sociosanitarios y económicos en un futuro próximo.

Por otra parte, la posibilidad de evaluar el día a día de la asistencia preventiva al paciente mayor posibilitará el conocimiento de los motivos de consulta y establecer frecuencias de asociación entre las enfermedades de base más frecuentes en el



paciente de más edad (enfermedades del aparato locomotor, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, enfermedades neurológicas, depresión, etc.), siendo muy interesante también, de cara al seguimiento de las pacientes y las implicaciones terapéuticas, sanitarias y sociales que ello lleva consigo, determinar aquellos pacientes que presentan pluripatología y polimedicación.

Por otra parte, el estudio saca a la luz, a partir de una amplia muestra de pacientes, las actuaciones preventivas realizadas en las últimas consulta atendidas, así como también a lo largo del último año, especialmente en lo que se refiere a dos de las principales actuaciones preventivas en este tipo de pacientes: la vacunación antigripal y la vacunación antineumocócica.

Finalmente, el conocimiento del día a día de la atención preventiva al paciente mayor en España permitirá disponer de un extraordinario banco de datos, con distintas finalidades:

- **Ayudar a la toma de decisiones** clínicas y terapéuticas.
- Facilitar el **razonamiento clínico**.
- Elaborar una **guía razonada**, que evite problemas de reacciones adversas a medicamentos (RAM), especialmente en pacientes polimedcados.
- Desarrollar algoritmos de derivación.
- Mejorar la **eficiencia**, tanto a nivel sociosanitario como económico.

## **JUSTIFICACIÓN**

La investigación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de los médicos en la atención preventiva a las personas mayores de 65 años está justificado tanto por la importancia clínico-terapéutica, sociosanitaria y económica del uso de medidas preventivas (farmacológicas y no farmacológicas) como por las especiales características de este grupo etario de población.

A nivel clínico-terapéutico, es necesario conocer cuáles son los motivos de consulta más frecuentes en la atención geriátrica a las personas mayores, su patrón de



distribución, la actuación frente a cada uno de ellos y su correlación con las actitudes y comportamientos de los médicos, por una parte, y las recomendaciones de las guías terapéuticas más ampliamente difundidas y consultadas, por otra. Asimismo, observar la actitud y el comportamiento en cuanto a la recomendación de hábitos de vida saludable (dieta, ejercicio, evitación de hábitos tóxicos, etc.) es de gran importancia, así como también lo es la realización de actividades preventivas, especialmente frente a las enfermedades respiratorias de especial importancia en el paciente mayor. Toda esta información permite analizar y sacar conclusiones acerca de la calidad de los tratamientos (farmacológicos, no farmacológicos, vacunoterapia), así como orientar en el diseño de estrategias que permitan mejorar la atención al paciente mayor (calidad y eficiencia asistencial).

En el ámbito sociosanitario, el estudio de la atención preventiva a las personas mayores es de vital importancia, ya que, además del médico y del paciente, pueden estar implicados otros profesionales sanitarios (personal de enfermería) y otras personas del entorno del enfermo (familiares, cuidadores). En este sentido, resulta esclarecedora la posibilidad de determinar la situación de dependencia o no, y la determinación de la comorbilidad, uno de los aspectos fundamentales de la atención sanitaria a las personas mayores y, en no pocas ocasiones, ligado al anterior.

En términos económicos, el análisis está justificado por el elevado coste de la atención clínica (diagnóstica y terapéutica) al grupo de pacientes de más edad. El uso inadecuado que los antimicrobianos y otros grupos de fármacos tienen en la atención a los pacientes mayores de 65 años puede ser debido en ocasiones a posibles deficiencias en la atención preventiva, ya que al elevado gasto farmacéutico hay que añadir el precio más elevado generalmente de la prescripción en el anciano, otros costes directos añadidos derivados de su administración (prescripción mucho más alta de fármacos parenterales), mayor frecuencia de efectos secundarios y colaterales adversos, que requieren ser tratados, mayor prevalencia de interacciones medicamentosas, mayor utilización de los servicios de urgencia (algunas veces como



consecuencia de una prescripción inadecuada o de fallos en la ejecución del tratamiento), etc.

El presente trabajo aporta la novedad de disponer de un mapa nacional en relación a la atención preventiva al paciente mayor en España y abre el sendero a futuras investigaciones tanto a nivel nacional como autonómico, lo que debe constituir una plataforma adecuada sobre la cual construir planes de información útil y programas de formación eficientes, dirigidos a los profesionales sanitarios, ya que “el secreto de andar sobre las aguas es saber dónde están las piedras”.

El eje central de DAPME es un estudio cuyo material y método se describe a continuación.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Estudio de investigación sociosanitaria, descriptivo, de tipo transversal, mediante cuestionario estructurado, basado en las dos últimas consulta realizadas por cualquier motivo al geriatra.

### **PREMISAS:**

**Tamaño poblacional:** alrededor de 7.800.000 personas mayores de 65 años

**Médicos involucrados en la atención geriátrica asociados a SEGG:** 1.560 aproximadamente

**Porcentaje esperado de respuestas:** 20-25%

### **Cálculo del Tamaño Muestral:**

Con objeto de obtener un error muestral del +/- 3,5%, y fijado un nivel de confianza del 95,5%, con una situación de máxima dispersión en las respuestas:  $p = q = 50\%$  (por tanto,  $p=0,5$  y  $q=1-0,5=0,5$ ), se planteó una muestra de 800 cuestionarios válidos, relativos a otras tantas consultas, remitidos por 400 especialistas en geriatría o por



médicos que realizan atención geriátrica en diferentes tipos de centros sanitarios.

Para los cálculos, se ha aplicado la fórmula:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha} PQ}{e^2}, \text{ o lo que es lo mismo,}$$

en donde:

$Z^2_{\alpha} = 2,00$ , valor constante para el nivel de confianza del 95.5%.

\* Dado el nivel de respuesta esperado (20-25%) y teniendo en cuenta las pérdidas que se puedan ocasionar, se ha planteado la distribución del cuestionario entre un colectivo de 1.560 geriatras y médicos que realizan atención geriátrica, siendo la participación por CCAA proporcional a la muestra mínima de cuestionarios válidos fijada en cada una de ellas.

La muestra se ha distribuido proporcionalmente en las diferentes CCAA, de acuerdo con el porcentaje correspondiente en cada una de ellas, y en cada provincia, de la población mayor de 65 años.

Así, pues, se trata de un estudio con alta significación estadística a nivel nacional, no así a nivel autonómico (aunque se contaría con una representación importante para las mayores CCAA), con un relativamente escaso margen de error, muy por debajo del 5% habitualmente aceptado en este tipo de estudios.

#### **TRABAJO DE CAMPO:**

La distribución del cuestionario se realizó a través de la SEGG por una doble vía: correo ordinario (cuestionario en papel) y web de la Sociedad (cuestionario *on line*). En ambos casos, se ha efectuado un refuerzo y seguimiento telefónico por parte de personal especializado en este tipo de encuestas para completar la encuesta. El cuestionario ha sido recogido de forma absolutamente anónima y ha sido elaborado por el médico en su totalidad. Los criterios de inclusión en la muestra han sido ser médicos geriatras, o





que realizaran atención geriátrica, en ejercicio, (hospital, residencia, centro sanitario).

Los criterios de exclusión han sido:

- La negativa a responder
- La cumplimentación incorrecta del cuestionario

El trabajo de campo se ha realizado entre el 5 de marzo de abril y el 13 de abril de 2012, incluyendo un test de validación efectuado entre 40 médicos (5% de la muestra).

#### **ANÁLISIS DE DATOS:**

A las variables cualitativas se les estudia su ajuste a la distribución normal. Si se ajustan, se describen, mediante la media, intervalo de confianza y tamaño muestral. Si no se ajustan se calcula la mediana, el rango intercuartílico y el tamaño muestral.

Para la comparación de variables cuantitativas entre dos grupos se utiliza la *t* de *Student*, si se ajusta a la normal y el *test de Mann Whitney* si no se ajusta. En el caso de que sean más de dos grupos se aplicará el método *ANOVA* si se ajusta, y el de *Kruskal Wallis* si no se ajusta. Para el estudio de las variables cualitativas se describen con la distribución de frecuencia y para la comparación de variables cualitativas se utiliza el test del *Ji cuadrado*. Para el análisis, los datos se cargaron en el programa *SPSS para Windows*, versión 19, donde se llevó a cabo el análisis de los diferentes *items* y el estudio de las variables.

#### **RECOGIDA FINAL DE CUESTIONARIOS: AJUSTE MUESTRAL**

Finalmente, tras el trabajo de campo realizado, se ha obtenido un índice de respuesta de 840 cuestionarios válidos realizados por 420 médicos. Una vez realizado de nuevo el cálculo del error muestral, siempre partiendo de las premisas de margen de confianza y desviación estándar ya señaladas (95,5% y  $p=q=50$  respectivamente), el estudio arroja un error muestral de  $e = \pm 3,45\%$ .

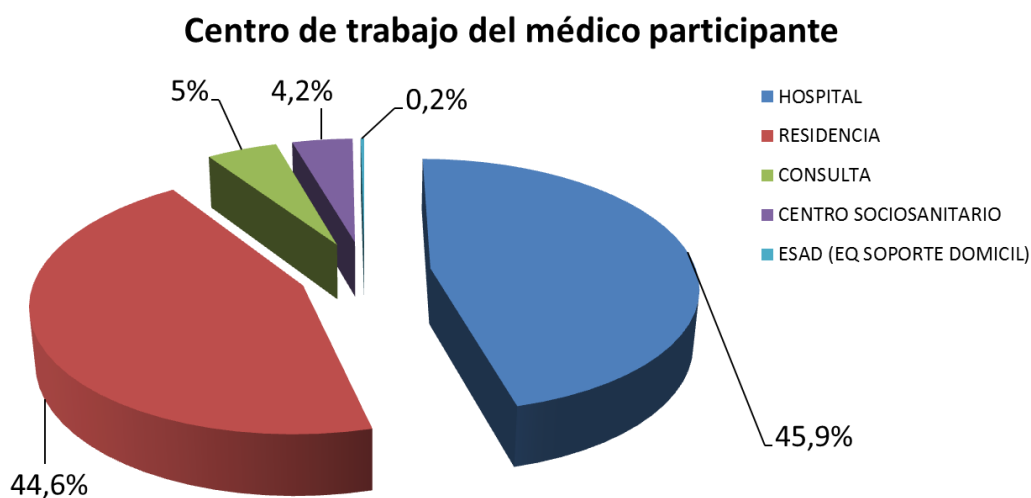


## RESULTADOS

### 0. CENTRO DE TRABAJO DEL MÉDICO PARTICIPANTE

Las características del centro de trabajo del médico participante aparecen en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
HOSPITAL	378	45,0	45,9
RESIDENCIA	367	43,7	44,6
CONSULTA	41	4,9	5,0
CENTRO SOCIOSANITARIO	35	4,2	4,3
ESAD (EQ SOPORTE DOMICIL)	2	0,2	0,2
<b>Total</b>	<b>823</b>	<b>98</b>	<b>100</b>
Desconocido	17	2	
	<b>840</b>	<b>100</b>	



La atención al paciente mayor se realiza en España tanto a nivel de la Atención Primaria de Salud como de la Atención Especializada (Hospitales, Residencias y otros Centros Sanitarios). A nivel hospitalario son numerosos los servicios involucrados como consecuencia de la pluripatología de la mayoría pacientes mayores de 65 años, pero el



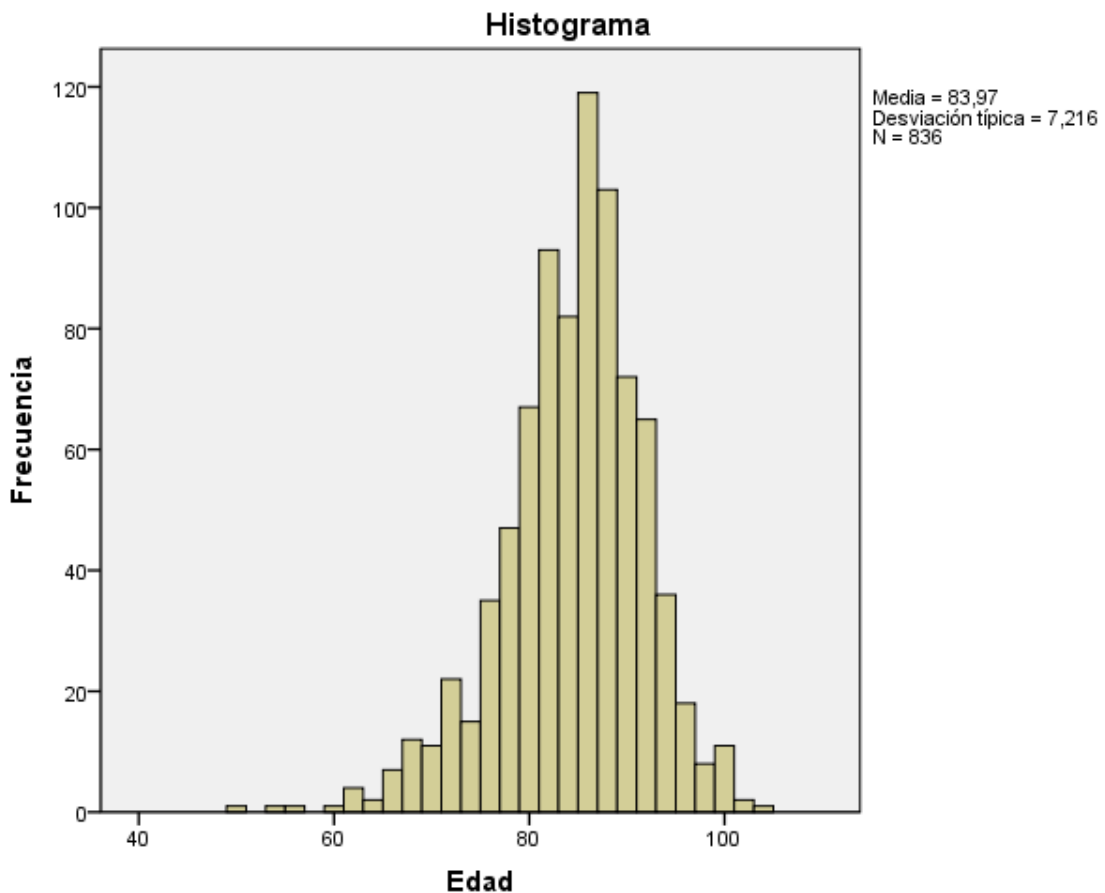
objetivo del estudio se centraba en la atención específicamente geriátrica, involucrándose, por tanto, mayoritariamente los médicos que ejercen su actividad profesional en los servicios de geriatría, los cuales han constituido, junto con los médicos que realizan asistencia geriátrica en las residencias más del 90% de la muestra, distribuyéndose de forma más o menos equitativa entre ambos tipos de centro. El resto de participantes pertenecían a otros centros sanitarios o bien ejercían su labor en consultas privadas. Hubo 2 médicos pertenecientes a los Equipos de Soporte de Asistencia a Domicilio (ESAD).

## 1. DATOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE MAYOR

### 1.1 EDAD DEL PACIENTE

Los resultados descriptivos de la edad de los pacientes protagonistas de las dos últimas consultas realizadas por los médicos participantes aparecen en la siguiente tabla (836 registros válidos):

	Edad en años	
		Estadístico
Media		<b>84</b>
IC <sub>95%</sub> para la media	Límite inferior	83,5
	Límite superior	84,4
Mediana		<b>85</b>
Desviación típica		7,22
Mínimo		50
Máximo		103
Rango		53
Amplitud intercuartílica		9
Primer cuartil		80
Tercer cuartil		89



La media de la edad de los pacientes está en 84 años. La mitad de los pacientes tenían entre los 80 y los 89 años de edad, segmento que representa algo menos de  $\frac{1}{4}$  parte de la población española mayor de 65 años (casi 2 millones de personas). Seguramente, ello es debido a que los segmentos de población geriátrica de menos edad viven más en su propio domicilio, acuden más a los centros de APS y necesitan menos atención especializada, la cual aumenta progresivamente con la edad. Hay que tener en cuenta que más del 40% de los ingresos hospitalarios por cualquier causa (prácticamente la mitad por procesos infecciosos) son debidos a la población mayor de 65 años, aunque la prevalencia de ingresos se multiplica varias veces a partir de los 80 años. Además, las estancias son más prolongadas en este segmento etario, lo que hace que la población mayor de 65 años sea la causa de más de la mitad de las estancias hospitalarias.



Se trata de una media de edad realmente elevada, ligeramente por encima de la esperanza de vida de la población española (media de 81,6 años, con 84,6 para las mujeres y 78,7 para los varones), pero característica de la atención especializada al paciente mayor a nivel hospitalario o de residencia.

### **1.1.1 Análisis de la edad por tipo de centro**

Si se realiza el desglose de los datos dados derivados de las respuestas de los médicos que realizan su ejercicio profesional en hospitales y residencias, los cuales representan en su conjunto más del 90% de los participantes, se pueden observar algunas variaciones a tener en cuenta:

		Hospital	Residencia
Edad en años	Válidos	374	367
	Perdidos	4	0
Media		<b>83,7</b>	<b>85,0</b>
Mediana		<b>84</b>	<b>86</b>
Desviación típica		6,76	7,17
Rango intercuartílico		8	9
Mínimo		50	53
Máximo		102	99
Percentiles	25	80	81
	75	88	90

$p=0,02$

La edad es algo mayor en las residencias que en los hospitales. Mediante la U de Mann-Whitney se observan diferencias significativas entre las edades de los dos grupos. La mediana se desvía un punto arriba para las residencias y un punto abajo para los centros hospitalarios.

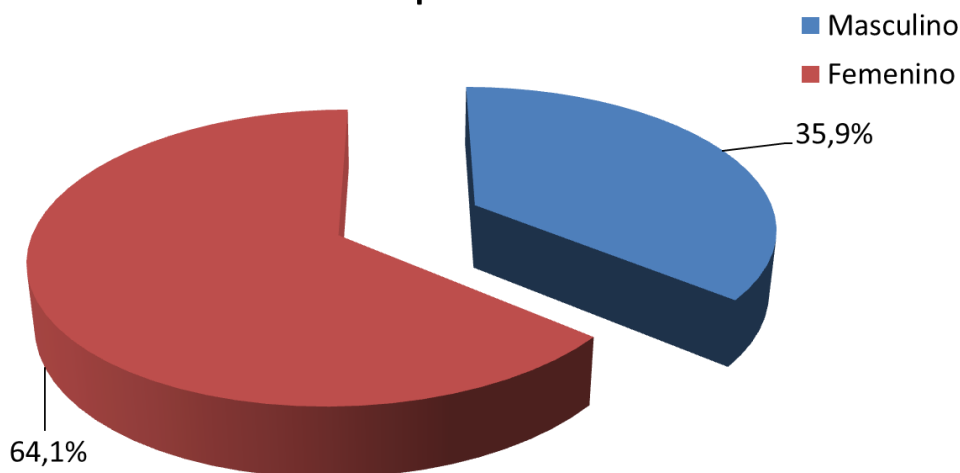
### **1.2 SEXO DEL PACIENTE**

La distribución de frecuencias de la variable edad de los pacientes incluidos en el estudio es la siguiente:



	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
Hombre	300	35,7	<b>35,9</b>
Mujer	535	63,7	<b>64,1</b>
Total	835	99,4	100
Perdidos	5	0,6	
Total	840	100	

### Sexo de los pacientes encuestados



La mayoría de los pacientes objeto de consulta son mujeres (dos de cada tres pacientes), probablemente debido a la mayor supervivencia de la población femenina, especialmente en las edades más avanzadas. En este sentido, conviene recordar que las mujeres representan el 57,5% frente al 42,5% de los varones, o sea 1/3 parte más, de la población mayor de 65 años, pero el 65% frente al 35%, es decir, casi 2 veces más, a partir de los 80 años. La esperanza de vida de la mujer a los 65 años es superior a los 22 años, mientras que en el varón se sitúa en torno a los 18 años. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la mujer vive más que el varón a partir de los 65 años, pero no mejor, es decir, con mayor calidad de vida. A ello también habría que añadir que el sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva en las personas mayores, como señalan los **Indicadores estadísticos básicos del perfil de las personas mayores en España**, realizado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC): sólo



1/3 de las mujeres mayores valora como bueno o muy bueno su estado de salud frente a 1/2 de los varones.

### **1.2.1 Análisis de la edad por sexo**

Los datos descriptivos de la edad según el sexo aparecen en la siguiente tabla:

		Hombres	Mujeres
Media		<b>82,8</b>	<b>84,6</b>
IC <sub>95%</sub> para la media	Límite inferior	81,9	84,1
	Límite superior	83,7	85,2
Mediana		<b>84</b>	<b>85</b>
Desviación típica		7,93	6,721
Mínimo		50	61
Máximo		99	103
Rango		49	42
Amplitud intercuartílico		10	8
Primer cuartil		78	81
Tercer cuartil		88	89

La edad media es mayor en dos años en la mujeres que en los hombres ( $p < 0,001$ ), si bien el rango es más estrecho en ellas. Esta diferencia es algo menor que la existente entre la supervivencia general y la de la esperanza de vida a partir de los 65 años para ambos sexos.

### **1.3 SITUACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE**

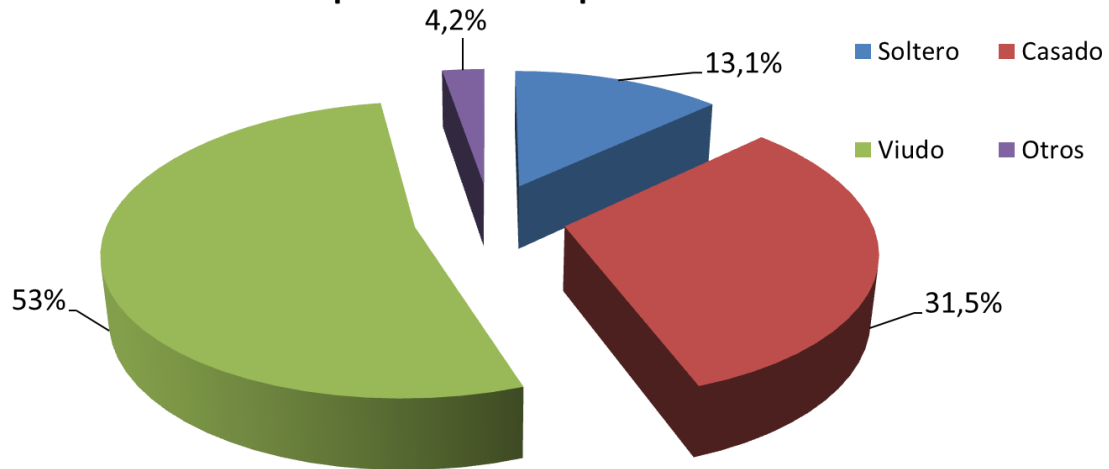
La distribución de frecuencias de las diferentes situaciones personales de los pacientes analizados aparece en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
Soltero	109	13,0	13,1
Casado	263	31,3	31,5
Viudo	441	52,5	52,8
Otros	22	2,6	2,6
Total	835	99,4	100
Perdidos	5	0,6	



840	100
-----	-----

### Situación personal de los pacientes encuestados



La situación personal más frecuente es la de viudo/a, aproximadamente la mitad, dato que se sitúa por encima de la situación general de la población española mayor de 65 años, pero esperable dada la elevada edad media resultante de los pacientes atendidos en el estudio. Le siguen los casados/as, con casi uno de cada tres pacientes, en los cuales se produce la situación contraria a la anteriormente comentada. Los solteros/as son 1 de cada 7-8, lo que supone prácticamente el doble de lo que reflejan las estadísticas generales.

#### 1.3.1 Análisis de la situación personal por sexo

En la siguiente tabla aparece la distribución de la situación personal de los pacientes estudiados según el sexo.

		Situación personal				Total
		Soltero	Casado	Viudo	Otros	
Sexo	Hombre	28	155	105	11	299
	Mujer	81	107	335	11	534
	Total	109	262	440	22	833

$p < 0,001$





El número de mujeres solteras y viudas es tres veces mayor que el de hombres (en estos segmentos la proporción de mujeres es del 74,3% y del 76,1% respectivamente frente al 64,1% general), mientras que el número de casados es 1,5 veces mayor en los hombres que en las mujeres. Estos datos parecen correlacionarse con las estadísticas oficiales y también con las de varones casados (alrededor del 50%), aunque no la proporción de cada una de las situaciones en el caso de la mujer, ya que el porcentaje de viudas y solteras en el estudio es bastante mayor, en detrimento de las personas casadas. La diferencia de proporciones es significativa.

#### 1.4 SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

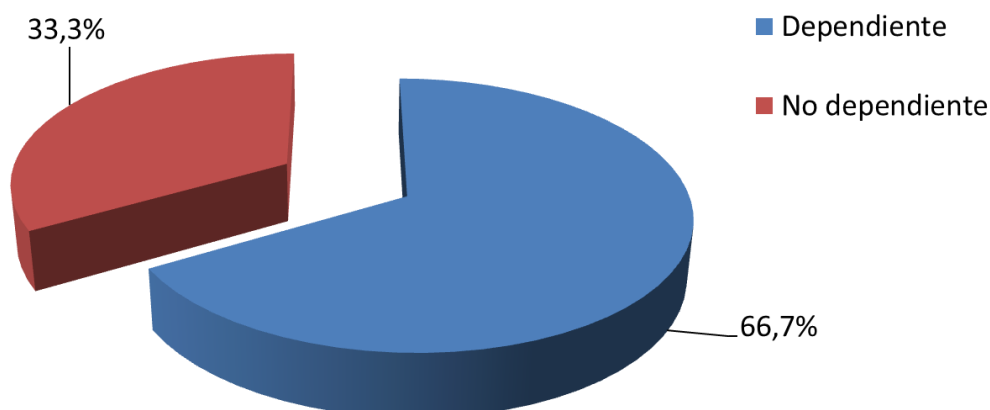
El 1 de enero de 2007 entró en vigor la ley que regula las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia., entendiéndose por tal el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la fal o pérdida de la autonomía física, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

La distribución de frecuencias de las diferentes situaciones de dependencia de los pacientes incluidos en el estudio aparece en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
Dependiente	550	65,5	<b>66,7</b>
No dependiente	275	32,7	<b>33,3</b>
Total	825	98,2	100
Perdidos	15	1,8	
	840	100	



### Situación de dependencia del paciente



Dos de cada tres pacientes son dependientes. Como en los apartados de sexo y situación personal, ello podría estar relacionado con la edad avanzada de los pacientes atendidos en las consultas, con diferencias entre la situación en el segmento de 65 a 80 años y el de mayores de 80 años. Hay que tener en cuenta que, de acuerdo con los datos de Indicadores básicos del CSIC, la tasa de discapacidad crece con la edad y, a partir de los 80 años, más de la mitad de la población española tiene problemas para realizar las actividades cotidianas, situándose la tasa más alta entre las personas viudas.

#### 1.4.1 Análisis de la situación personal por sexo

En cuanto a la situación de dependencia, la distribución es la siguiente de acuerdo con el sexo.

		Situación de dependencia		
		Dependiente	No dependiente	Total
Sexo	Hombre	184	111	295
	Mujer	364	164	528
	Total	548	275	823

p=0,055

Como puede observarse, la situación de dependencia afecta a 2 de cada 3 pacientes



objeto de consulta y afecta ligeramente más a la mujer que al varón (68,9% vs 62,4%), dato que puede correlacionarse con la mayor tasa de discapacidad en la mujer de edad avanzada que presentan las estadísticas oficiales. A nivel general, se estima que menos de la mitad de los años vividos a partir de los 65 años se ven libres de la discapacidad, pudiéndose estimar, en el caso de la mujer en 7 frente a los 13-14 con discapacidad.

## 2. MOTIVO DE CONSULTA

### 2.1 PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE

La distribución de los principales motivos específicos de consulta aparecen relacionados en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Demencia	132	15,7
Infección	126	15,0
Dolor	61	7,3
Fracturas-Caídas	50	5,9
Insuficiencia respiratoria	48	5,7
Insuficiencia cardíaca	30	3,6
Psicopatías	29	3,5
Diabetes	24	2,9
ACV	22	2,6
Neoplasia	15	1,8
HTA	14	1,7
EPOC	13	1,5
Otros	276	32,8
Total	840	100

La principal causa de consulta es la demencia, a la cual se han referido los médicos participantes con distintas denominaciones (demencia, enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo, pérdida de memoria, etc.). A continuación se sitúan los procesos



infecciosos de cualquier tipo, entre los que destacan las infecciones respiratorias (sobre todo, catarro, gripe y neumonía) seguidas a gran distancia por las infecciones urinarias y otras enfermedades infecciosas, el dolor, fundamentalmente el relacionado con la osteoporosis y otros procesos del aparato locomotor (dolor de espalda de distinto origen), las fracturas y caídas, también ligadas en su mayoría a procesos osteoporóticos, la insuficiencia respiratoria y la insuficiencia cardiaca. Todas las entidades comentadas suponen alrededor del 50% de los motivos de consulta referidos por los médicos participantes. El resto de diagnósticos está muy disperso, aunque cabe destacar los relacionados con los trastornos psiquiátricos, la diabetes, el accidente cerebrovascular, la hipertensión arterial y el resto de factores de riesgo cardiovascular, la propia enfermedad cardiovascular, la EPOC y los tumores de cualquier tipo.

No obstante, si se reagrupan por grandes áreas diagnósticas/terapéuticas, las enfermedades neurológicas abarcan alrededor del 20%, siendo mayoritarias, como ya se ha comentado anteriormente la pérdida de memoria; el porcentaje de las enfermedades del aparato locomotor (osteoporosis, artrosis, lumbalgia, etc) y situaciones derivadas (fracturas, caídas, traumatismos, rehabilitación) es del 10,0%, excluido el dolor osteoarticular; las enfermedades respiratorias constituyen 1 de cada 6 motivos de consulta aproximadamente (16,4%); las enfermedades del sistema cardiovascular suponen el 7,4% de los motivos de consulta, aunque si se hace la agregación de factores de riesgo cardiovascular, incluidos tanto en las enfermedades del aparato circulatorio como del sistema endocrino, el conjunto de HTA, dislipemia, obesidad y diabetes representa el 5% de los motivos de consulta. Los trastornos del aparato urogenital han supuesto el 5,1%, de los cuales prácticamente la mitad corresponden a procesos infecciosos. Los trastornos psiquiátricos, entre los que destaca principalmente la depresión, han representado el 4,4% de los casos. Las alteraciones del sistema endocrino han supuesto el 3,7% de las consultas, que han sido debidas mayoritariamente a la diabetes. Las enfermedades relativas al aparato digestivo han supuesto casi el 3%, mientras que los procesos oncológicos por cualquier



causa el 1,8%. Los procesos mórbidos correspondientes a otros aparatos o sistemas suponen menos de 1/3 parte de los motivos de consulta encontrados.

En la siguiente tabla se recogen todos los datos comentados.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sistema nervioso	167	19,9
Aparato respiratorio	116	13,8
Aparato locomotor	84	10,0
Aparato circulatorio	62	7,4
Aparato urogenital	43	5,1
Psiquiatría	37	4,4
Sistema endocrino	31	3,7
Aparato digestivo	24	2,9
Oncología	15	1,8
Otros	261	31,0
Total	840	100

Conviene recordar que, según el CSIC, las enfermedades circulatorias, respiratorias, digestivas, oncológicas y del aparato locomotor son las causas más frecuentes de asistencia hospitalaria entre los mayores de 65 años, subrayándose cómo las enfermedades degenerativas están sustituyendo paulatinamente a otro tipo de enfermedades tradicionalmente más importantes como causa de morbi-mortalidad.

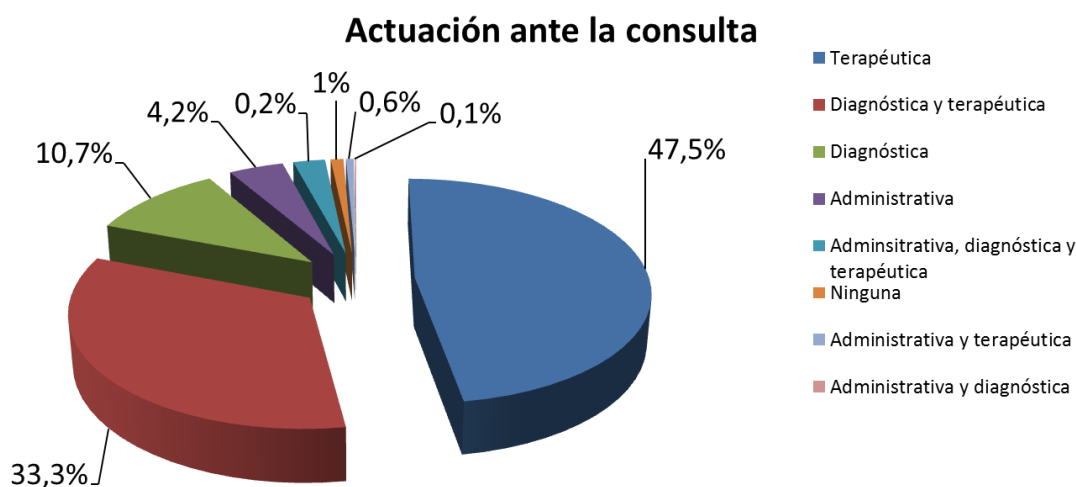
## 2.2 ACTUACIÓN FRENTE AL MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE

La distribución del tipo de actuación ante el motivo de la consulta aparece relacionada en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
Terapéutica	398	47,4	47,5
Diagnóstica y terapéutica	279	33,2	33,3
Diagnóstica	90	10,7	10,7
Administrativa	36	4,3	4,3



Administrativa, diagnóstica y terapéutica	21	2,5	2,5
Ninguna	8	1	1
Administrativa y terapéutica	5	0,6	0,6
Administrativa y diagnóstica	1	0,1	0,1
Total	838	99,8	100
Perdidos	2	0,2	
Total	840	100	



Prácticamente la mitad de las actuaciones fueron solamente terapéuticas (47,5%), seguidas por la combinación de actuaciones diagnósticas y terapéuticas (33,3%). La intervención terapéutica estuvo presente, de una u otra manera, en el 84% de los casos. Por tanto, salvo los casos de nuevo diagnóstico, debidos principalmente a los procesos infecciosos, seguidos todos ellos mayoritariamente de tratamiento también, la mayor parte de las consultas se debieron a valoración, seguimiento y control terapéutico de procesos patológicos ya existentes.

### 2.2.1 ACTUACIÓN EN CASO DE TOMAR MEDIDAS TERAPÉUTICAS

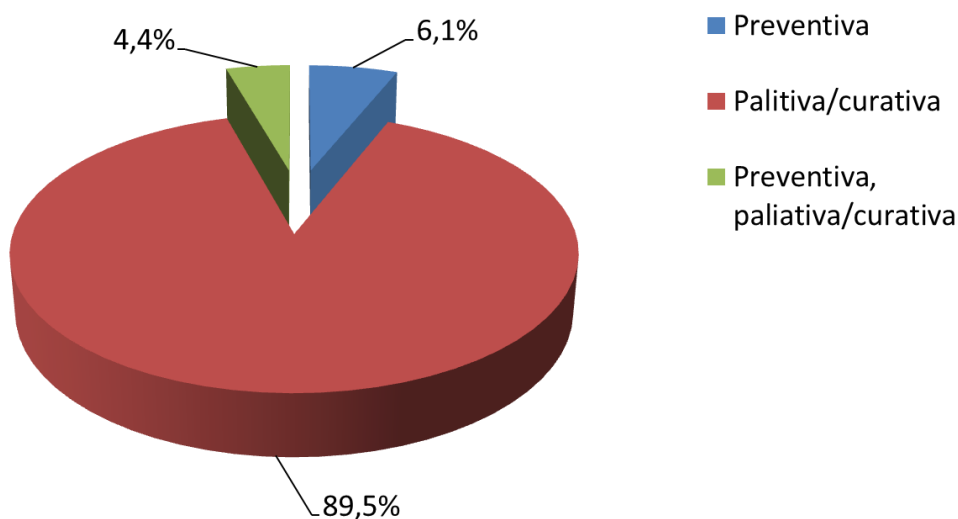
La distribución del tipo de actuación en los casos en que ésta fue terapéutica aparece



en la siguiente tabla.

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
Preventiva	43	5,1	6,1
Paliativa/curativa	629	74,9	89,5
Preventiva, paliativa/curativa	31	3,7	4,4
Total	703	83,7	100
Desconocido	137	16,3	
	840	100	

### Tipo de actuación terapéutica



Casi 9 de cada 10 actuaciones fueron paliativas o curativas. En uno de cada diez casos hubo una actuación preventiva, sola o asociada a otras medidas.

## 3. DETERMINACIÓN DE LA COMORBILIDAD

### 3.1 PRINCIPALES ENFERMEDADES DE BASE

La distribución de las principales enfermedades específicas de base que presentaban los pacientes aparece relacionada en la siguiente tabla.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Demencia	162	14,8
Cardiopatía (inc. C. Isquémica)	128	11,7
Hipertensión arterial	126	11,5



EPOC	98	9,0
Diabetes	89	8,1
Osteoporosis	66	6,0
Neoplasia	63	5,8
Síndrome depresivo	26	2,4
ACVA	25	2,3
Parkinson	20	1,8
Insuficiencia respiratoria	20	1,8
Patología Vascular	15	1,4
Hipertrofia benigna de próstata	13	1,2
Trastorno psiquiátrico	12	1,1
Insuficiencia renal	11	1,0
Síndrome infeccioso	11	1,0
Dislipemia	10	0,9
Obesidad	5	0,5
Otras enfermedades y cuidados	193	17,7
Total	1093	100

Las principales enfermedades de base observadas son la demencia (expresada de diferentes formas), la cardiopatía, fundamentalmente la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, la EPOC, la diabetes, la osteoporosis y las neoplasias.

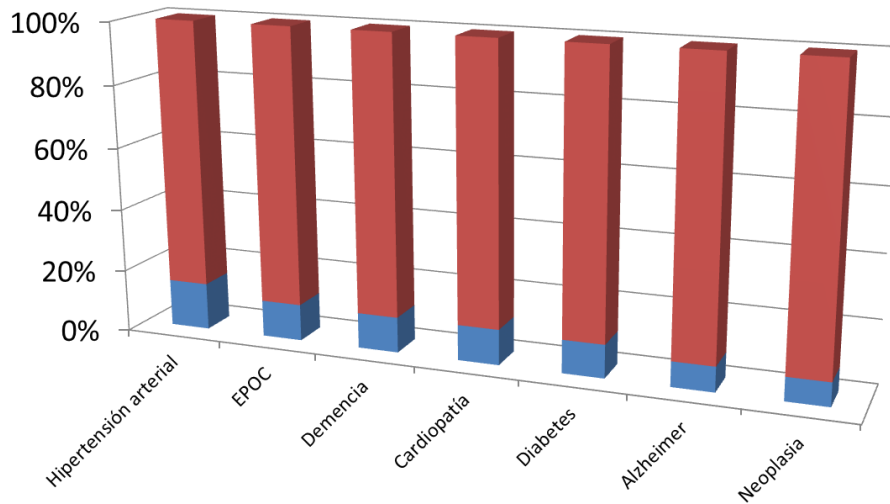
La distribución por los principales aparatos y sistemas es la siguiente

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Aparato cardiovascular	358	32,8
Sistema nervioso	207	18,9
Aparato respiratorio	118	10,8
Sistema endocrino	104	9,5
Aparato locomotor	66	6,0
Neoplasias	63	5,8
Enfermedad psiquiátrica	38	3,5





Aparato urogenital	24	2,2
Otras enfermedades y cuidados	115	10,5
Total	1093	100



Agrupadas por aparatos y/o sistemas, las más frecuente son las enfermedades cardiovasculares presentes en prácticamente 1/3 parte de los casos, las enfermedades neurológicas presentes en 1 de cada 5 casos prácticamente, las enfermedades respiratorias en más de 1 de cada 10 casos y las enfermedades endocrinometabólicas, que también suponen cerca del 10% de las enfermedades de base detectadas. Las enfermedades del aparato locomotor y los procesos oncológicos se sitúan en el entorno del 6% y los trastornos psiquiátricos en el 3,5%. Esta situación es algo diferente de la que presentan las estadísticas de prevalencia de enfermedades en las personas mayores, sobre todo en lo que respecta a la más baja presencia de las enfermedades osteoarticulares y de la obesidad. Incluso, a pesar de aparecer como las más frecuentes, las enfermedades cardiovasculares salen infravaloradas. Lo que sí parecen reflejar los resultados del estudio es el importante avance experimentado por las enfermedades neurodegenerativas en la morbimortalidad de las personas mayores durante las última década. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en el estudio no están recogidas todas las enfermedades que, de hecho, pueden afectar a las personas



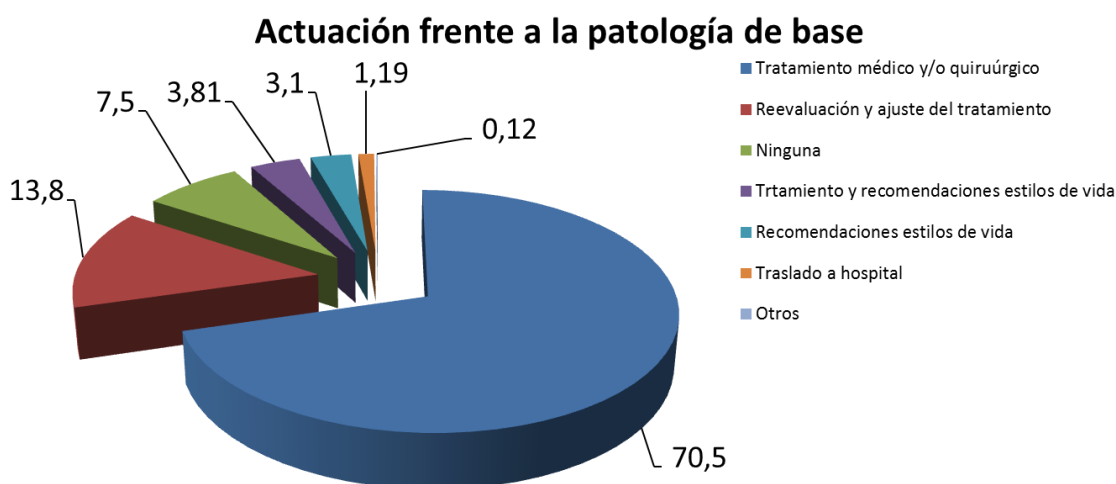
a la que hacía referencia la última consulta, sino las que en opinión del médico constituían la principal situación de base.

En general, no hubo diferencias significativas entre las respuestas de los médicos por tipo de centro, salvo una ligera mayor frecuencia en la respuesta dada por los médicos hospitalarios en relación a las enfermedades cardiovasculares (33,3%)

### 3.1.1 ACTUACIÓN ANTE LA PATOLOGÍA DE BASE

La distribución de las actuaciones de base aparece en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento médico y/o quirúrgico	592	70,5
Reevaluación y ajuste del tratamiento	116	13,8
Ninguna	63	7,5
Tratamiento y recomendaciones estilos de vida	32	3,8
Recomendaciones estilos de vida	26	3,1
Traslado a hospital	10	1,2
Otros	1	0,1
Total	840	100



Casi tres de cada cuatro pacientes recibieron tratamiento médico o quirúrgico, según las necesidades, seguido en frecuencia por las recomendaciones higiénico-dietéticas y



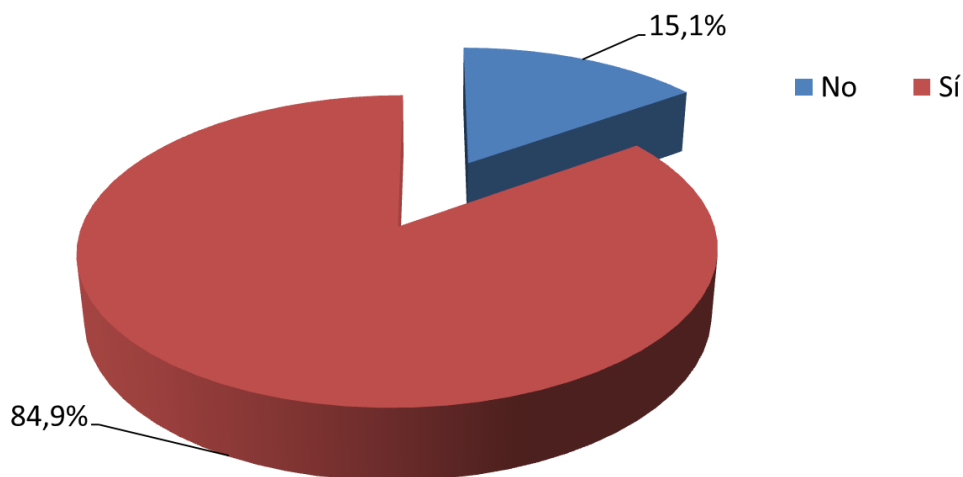
sobre los estilos de vida. Un 7,5% no precisaron ningún tipo de actuación. El tratamiento estuvo presente prácticamente en el 88% de las ocasiones, siendo mayoritariamente tratamiento farmacológico. Las recomendaciones sobre estilos de vida saludables estuvo presente, de una u otra manera, en casi el 7% de las actuaciones frente a la patología de base..

### 3.2 EXISTENCIA DE PATOLOGÍA ASOCIADA

La distribución de la patología asociada declarada aparece en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	127	15,1
Sí	713	<b>84,9</b>
Total	840	100

#### Existencia de patología asociada



Tan sólo el 15% de los pacientes objeto de consulta no presentaron patología asociada, frente al 85% que sí la presentaron, según la opinión de los médicos participantes en el estudio. Entre ellos, más de 1/3 parte presentaban dos o más patologías asociadas.

#### 3.2.1 PRINCIPALES PATOLOGÍAS ASOCIADAS

Los principales procesos asociados referidos por los médicos participantes se relacionan en la siguiente tabla:



	Frecuencia	Porcentaje (%)
HTA	229	20,5
Diabetes	119	10,6
Enfermedad cardíaca	95	8,5
Demencia	85	7,6
Dislipemia	53	4,7
Artrosis	51	4,6
Osteoporosis	47	4,2
Depresión	46	4,1
EPOC	41	3,7
Enfermedades digestivas	29	2,6
Neoplasia	26	2,3
Insuficiencia renal	23	2,1
Obesidad	20	1,8
ACV	19	1,7
Insuficiencia respiratoria	16	1,4
Otras enfermedades	219	19,6
Total	1118	100

Como puede observarse, la HTA fue la enfermedad asociada más prevalente con prácticamente 1 de cada 5 casos, seguida de la diabetes con 1 de cada 10 casos. A continuación se situaron la enfermedad cardíaca, la demencia, la dislipemia, la artrosis, la osteoporosis, la depresión y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Este grupo de enfermedades supuso más de las 2/3 partes de las enfermedades asociadas reflejadas. No obstante, se debe insistir, como en el apartado anterior, que aquí no están reflejadas todas las enfermedades que el paciente pudiera tener (la pluripatología es más frecuente conforme avanzamos en la edad), sino sólo las que el médico participante en el estudio consideraba más relevantes en cada caso. Como muestra, merece la pena subrayarse que el estudio señala que la HTA, el factor de riesgo más asociado a enfermedad cardiovascular en las personas mayores, está presente como enfermedad de base o asociada en 1/3 parte de los casos cuando su prevalencia en la población mayor de 65 años es superior al 65%. Algo parecido puede decirse para la diabetes, la dislipemia y, sobre todo, la obesidad. La demencia aparece

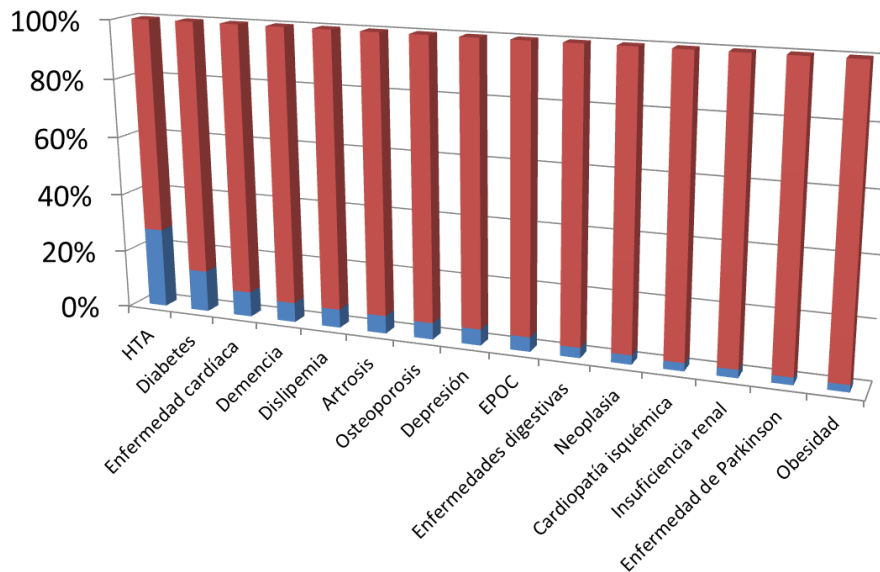


bastante menos como enfermedad asociada que como enfermedad de base, pero su situación entre las primeras refleja la evolución experimentada en los últimos años. En cuanto a la osteoporosis, su presencia como enfermedad asociada o de base (más del 10% en su conjunto) también dista mucho de su prevalencia en este grupo etario se estima que afecta a 1 de cada 2 mujeres y a 1 de cada 4 hombres por encima de 70 años).

En el caso de la HTA y la diabetes hubo una mayor frecuencia entre los médicos de centros hospitalarios que entre los médicos de centros residenciales; en cambio, la insuficiencia respiratoria fue mayoritariamente planteada por los médicos de residencia.

Si los diferentes diagnósticos se agrupan por aparatos o sistemas, la distribución es la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Aparato cardiovascular	324	29,0
Sistema endocrino	192	17,2
Sistema nervioso	104	9,3
Aparato locomotor	98	8,8
Aparato respiratorio	57	5,1
Enfermedad psiquiátrica	46	4,1
Aparato urogenital	23	2,1
Otras enfermedades	274	24,4
Total	1118	100



Como en el caso de la enfermedad de base, las enfermedades cardiovasculares, endocrinometabólicas, neurológicas y del aparato locomotor ocupan las primeras posiciones, aunque hay ciertas variaciones. En este caso, las enfermedades cardiovasculares y endocrinometabólicas, representadas fundamentalmente por los principales factores de riesgo cardiovascular, HTA, dislipemia, diabetes y obesidad, además de la propia enfermedad cardiovascular suponen casi la mitad de las enfermedades asociadas manifestadas por los médicos participantes. A continuación se sitúan las enfermedades neurológicas, las enfermedades del aparato locomotor, las enfermedades respiratorias y los trastornos psiquiátricos.

No hubo grandes diferencias entre las respuestas proporcionadas por los médicos de los distintos centros, salvo una considerable mayor frecuencia de las enfermedades del sistema nervioso (cerca de un 50% más) en los médicos que ejercen en residencias.

Las enfermedades cardiovasculares aparecen como patología de base o asociada en casi las 2/3 partes de los casos, mientras que las enfermedades endocrinometabólicas lo hacen en más de ¼ parte, lo mismo que las enfermedades neurológicas. Las enfermedades del aparato locomotor aparecen de una manera u otra en 1 de cada 8-9 casos y las neoplasias y trastornos psiquiátricos en torno a 1 de cada 12 casos. La

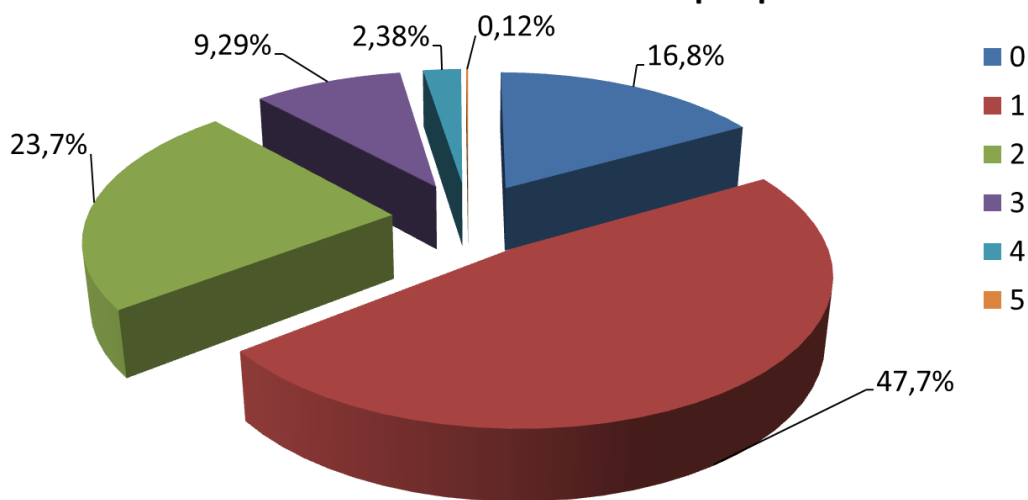


media de enfermedades asociadas que aparece en el estudio es de 1.3, inferior a las cifras de pluripatología que presenta este segmento etario, sobre todo en los tramos de edad más avanzados, pero insistimos que la respuesta se basa en la consideración de la importancia dada por los médicos participantes.

En la siguiente tabla aparecen el número de enfermedades asociadas (comorbilidad) observadas en cada paciente.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	141	16,8
1	401	47,7
2	199	23,7
3	78	9,3
4	20	2,4
5	1	0,1
Total	840	100

**Número de enfermedades asociadas por paciente**



Casi la mitad de los pacientes tenían una enfermedad asociada, uno de cada cuatro tiene dos y uno de cada 7-8, 3 o más. Casi el 17% del total no presentaban enfermedades asociadas en opinión del médico participante.

### 3.2.1.1 ACTUACIÓN FRENTE A LA PATOLOGÍA ASOCIADA

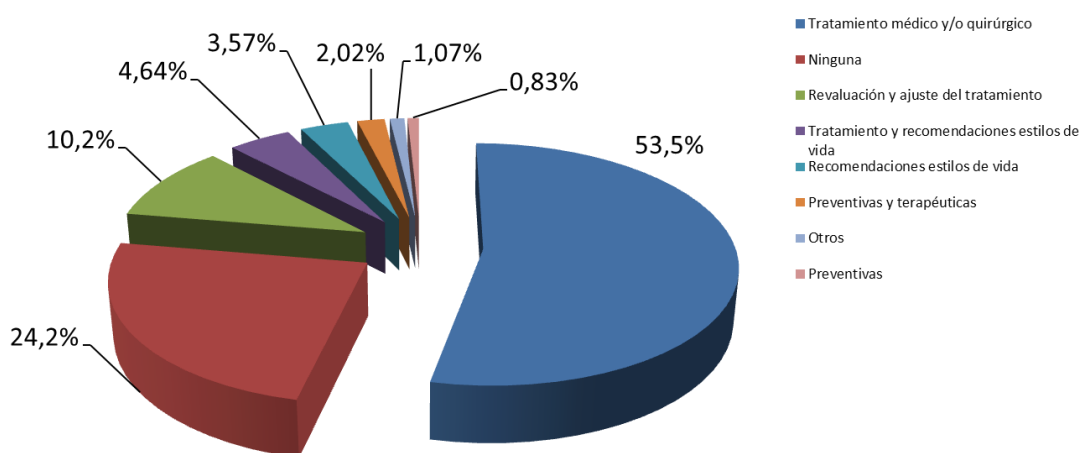
En la siguiente tabla aparece la distribución de las actuaciones realizadas sobre la



patología asociada que presentaban los pacientes estudiados.

	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento médico y/o quirúrgico	449	53,5
Ninguna	203	24,2
Revaluación y ajuste del tratamiento	86	10,2
Tratamiento y recomendaciones estilos de vida	39	4,6
Recomendaciones estilos de vida	30	3,6
Preventivas y terapéuticas	17	2,0
Otros	9	1,1
Preventivas	7	0,8
Total	840	100

### Actuación ante la patología asociada



Más de la mitad de los pacientes fueron tratados con remedios farmacológicos, rehabilitadores o de otro tipo, y en uno de cada cuatro pacientes no fue necesario tomar ninguna medida. Las actuaciones terapéuticas estuvieron presentes, de un modo u otro, en 7 de cada 10 ocasiones.

#### 4. RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS SALUDABLES

Las actividades de prevención y promoción de la salud siguen estando indicadas en las personas mayores, aunque es obvio de que los esfuerzos preventivos deben comenzar más precozmente, que es cuando se inician muchas de las enfermedades crónicas





degenerativas, de forma que el mantenimiento de los hábitos saludables durante toda la vida es la mejor inversión para una vejez sana. No obstante, diferentes tipos de intervenciones preventivas en las personas mayores pueden reducir o retrasar la enfermedad y la discapacidad y, como consecuencia de ella, evitar o disminuir la dependencia. Las personas mayores responden positivamente a los consejos médicos, tanto en la atención primaria como en la especializada, y son capaces de modificar sus hábitos incluso después de los 75-80 años.

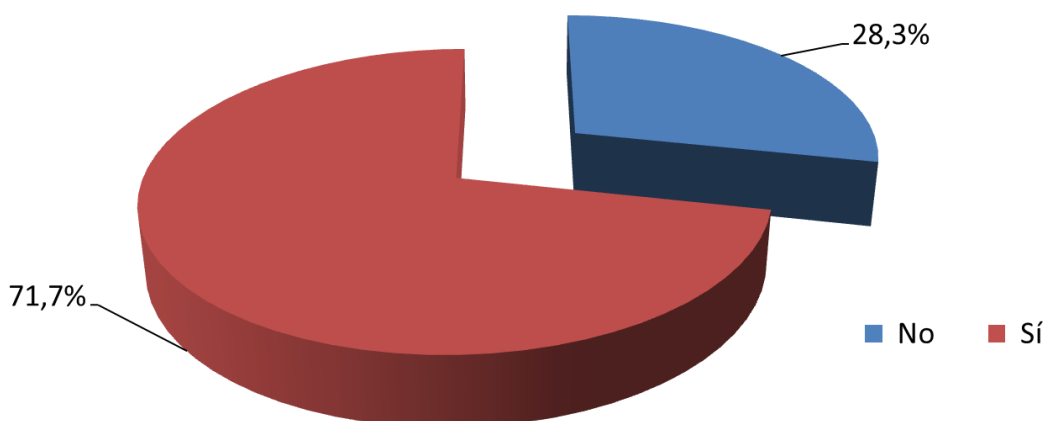
Como el número de servicios preventivos es muy amplio en este estudio hemos dado prioridad a la evaluación de las recomendaciones sobre hábitos de vida saludables y las actividades de vacunación, de las cuales existe una amplia evidencia sobre sus beneficios en la salud de las personas mayores. En cambio, no se han considerado recomendaciones sobre cribados y actividades de prevención terciaria. Algunos de los tests de cribado convencionales suelen suprimirse en las edades más avanzadas por el improbable beneficio que aporta su mantenimiento.

La cuestión acerca de la recomendación sobre hábitos saludables incluía los siguientes aspectos básicos: medidas dietéticas, ejercicio físico, evitación de hábitos tóxicos y promoción de hábitos saludables. La respuesta de los médicos participantes fue la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
No	237	28,2	28,3
Sí	600	71,4	<b>71,7</b>
Total	837	99,6	100
Desconocido	3	0,4	
	840	100	



### ¿Hizo recomendaciones sobre estilos de vida saludable?



En más de una cuarta parte de las consultas no se realizaron recomendaciones sobre hábitos saludables y en casi 3 de cada 4 sí se realizaron. Cuando se realizaron, la media fue de 2,2 consejos por consulta.

Los médicos de hospitales manifestaron haber realizado más recomendaciones sobre estilos de vida saludables en el transcurso de la consulta que los médicos de residencia (79,6% vs 59,6%).

		¿Realizó recomendaciones de estilos de vida saludables?		Total
		No	Sí	
Centro de trabajo	Hospital	77 (20,4%)	301 (79,6%)	378 (100%)
	Residencia	147 (40,4%)	217 (59,6%)	364 (100%)
Total		224	518	742

p<0,001



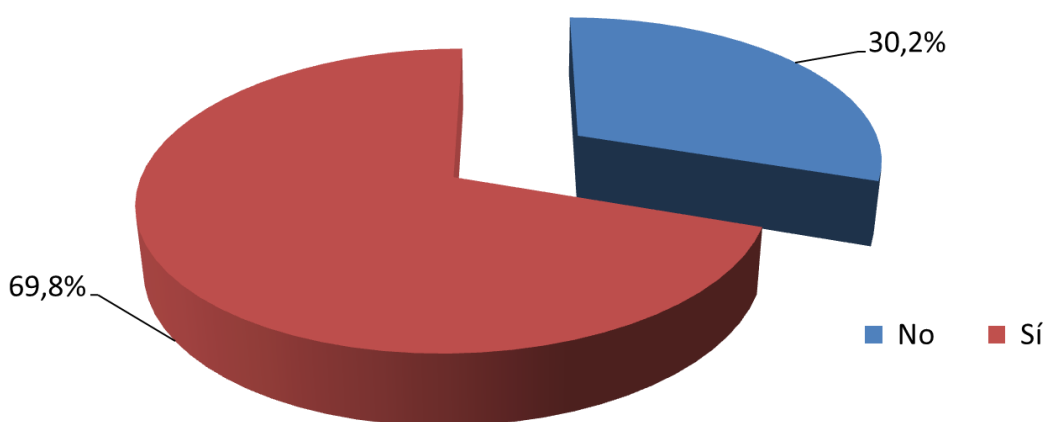
#### 4.1. RECOMENDACIONES SOBRE MEDIDAS DIETÉTICAS

Las recomendaciones sobre aspectos nutricionales suelen incluir: consejos generales sobre una alimentación equilibrada, el abordaje de la obesidad (especialmente en el segmento de menos edad) y la lucha contra la malnutrición (especialmente en el segmento de más edad). A todo lo cual hay que añadir los aspectos específicos relativos a la situación concreta de cada consulta.

La distribución de las respuestas sobre consejos dietéticos entre los médicos que afirmaron haber realizado recomendaciones acerca de hábitos saludables fue la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	181	30,2
Sí	419	<b>69,8</b>
Total	600	100

#### ¿Hizo recomendaciones sobre dieta saludable?



Por tanto, en casi 7 de cada 10 pacientes que recibieron consejos, los recibieron (solos o junto a otras recomendaciones de hábitos saludables) sobre la forma de mejorar la dieta para hacerla más saludable y contribuir al mejor control de la enfermedad.



## 4.2 RECOMENDACIONES ACERCA DEL EJERCICIO FÍSICO

De acuerdo con los resultados que se vienen repitiendo en la Encuesta Nacional de Salud a lo largo de la última década, puede afirmarse que el sedentarismo entre los españoles aumenta claramente con la edad. Más de la mitad de los mayores de 65 años declara pasar la mayor parte de su jornada sentados y 2 de cada 3 manifiestan que no realizan ejercicio físico.

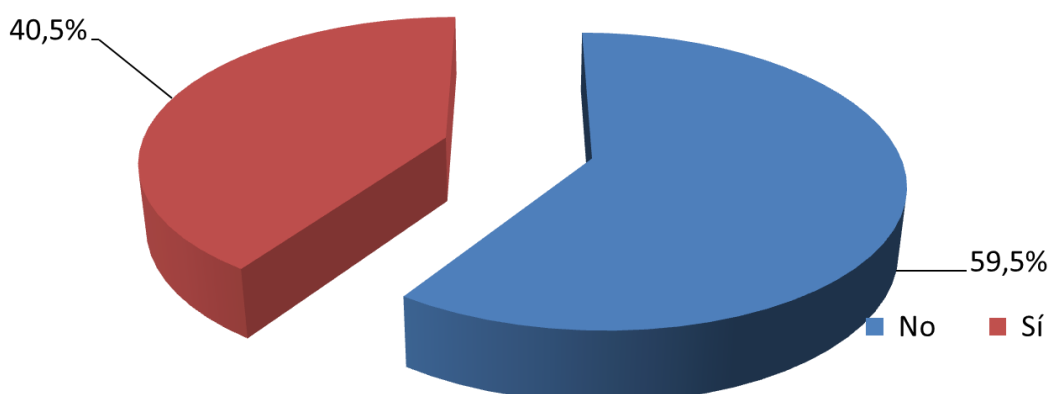
La investigación epidemiológica ha demostrado efectos protectores de diversa consistencia entre la actividad física y la morbilidad de varias enfermedades crónicas y que estos beneficios pueden hacerse extensivos a la población anciana. Por tanto, los expertos, aconsejan a los médicos promover la práctica de actividad física regular, valorando en cada caso duración, frecuencia e intensidad necesarias, aunque con el común denominador de la práctica aeróbica. Por otra parte, se aconseja la recomendación de ejercicios de fuerza/resistencia muscular para combatir los devastadores efectos del envejecimiento sobre el aparato locomotor. Para algunos expertos, el ejercicio es, junto a la vacunación, la principal actividad de prevención primaria.

En la siguiente tabla aparece la distribución de los médicos que hicieron recomendaciones sobre el papel que el ejercicio físico tiene en la salud de los pacientes:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	357	59,5
Sí	243	40,5
Total	600	100



### ¿Hizo recomendaciones sobre ejercicio físico?



Únicamente cuatro de cada diez médicos dicen haber aconsejado sobre la realización del ejercicio físico, lo que se correlaciona con las peores condiciones físicas de los pacientes estudiados debido a su edad y los motivos de consulta.

No obstante, este comportamiento parece algo alejado de las recomendaciones antes señalada, de las que se hace eco la propia OMS, que plantea que la práctica de ejercicio físico saludable debe ser un hábito adquirido en la edad adulta para que, en la edad avanzada, haya mejores niveles de funcionalidad y pueda desarrollarse el llamado “envejecimiento activo” como parte fundamental de la mejor calidad de vida de las personas mayores. Incluso la propia Organización de las Naciones Unidas instó en el año 2002 a que los gobiernos, organismos locales y todos los agentes involucrados deben animar a las personas de todas las edades a participar en actividades físicas apropiadas. Por otra parte, el ejercicio es, junto con la vacunación, la principal medida de prevención primaria en el adulto. Los médicos de centros hospitalarios refirieron hacer recomendaciones acerca del ejercicio físico que los médicos de residencia (43,5% vs 32,3%).

Recomendó realizar ejercicio físico regular	Total
---	-------



		No	Sí	
Centro de trabajo	Hospital	170 (56,5%)	131 (43,5%)	301 (100%)
	Residencia	147 (67,7%)	70 (32,3%)	217 (100%)
Total		317	201	518

p=0,009

### 4.3 RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS TÓXICOS

El tabaquismo es el riesgo principal para 6 de las 14 primeras causas de muerte en las personas mayores. Dejar de fumar es beneficioso, aun en edades avanzadas. De ahí la importancia del consejo personalizado sobre la cesación del hábito tabáquico, junto a otras medidas encaminadas al abandono del mismo.

Por otra parte, un buen número de estudios epidemiológicos reflejan una disminución del consumo de alcohol con la edad. No obstante, todavía existe una considerable proporción de personas mayores con un consumo de alcohol por encima de lo aconsejable, especialmente entre los varones. Es bien conocida la asociación del consumo excesivo de alcohol con la morbimortalidad por diferentes causas, con el aumento del riesgo de fracturas y accidentes isquémicos. Por tanto, es aconsejable la intervención encaminada al consejo o asesoramiento sobre la modificación del hábito de consumo de alcohol.

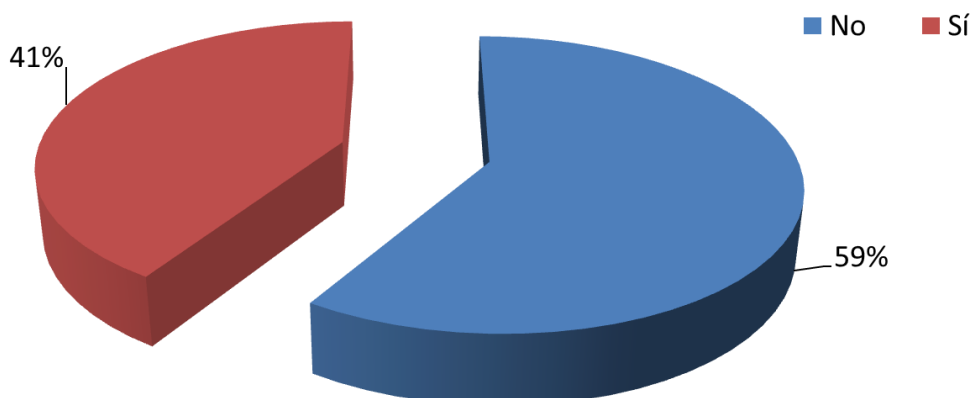
Otras medidas pueden incluir recomendaciones acerca de la reducción de conductas automedicadoras, de consumo de drogas, etc.

En la siguiente tabla aparece la distribución de los médicos que realizaron consejos sobre el papel que la eliminación de hábitos tóxicos tiene en la salud de los pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	354	59
Sí	246	<b>41</b>
Total	600	100



### ¿Hizo recomendaciones sobre hábitos tóxicos?



Al igual que con las recomendaciones sobre el ejercicio físico, menos de la mitad de los pacientes recibieron recomendaciones sobre hábitos tóxicos.

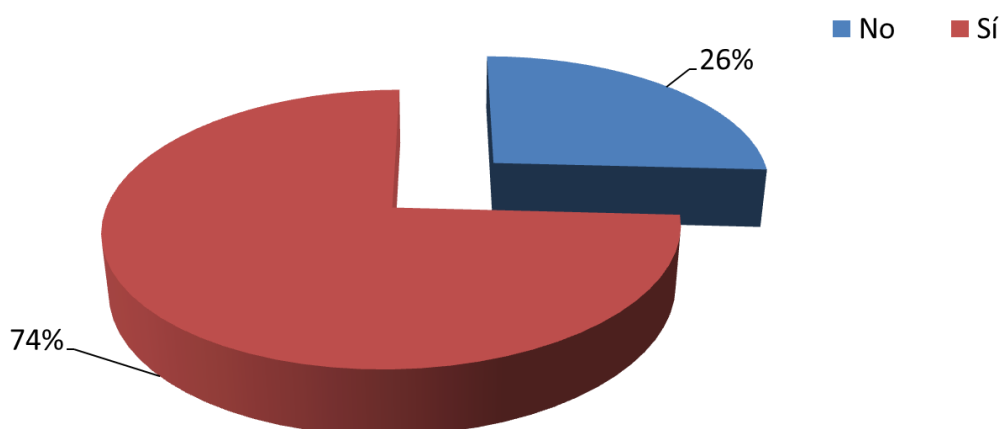
#### 4.4 RECOMENDACIONES SOBRE PROMOCIÓN DE HáBITOS SALUDABLES

Los hábitos saludables implican actividades físicas, realizando cosas que impliquen ejercicio y satisfagan personalmente, pero también tratar de evitar malas posturas, no cargar con pesos excesivos para la edad, descansar adecuadamente, etc., actividades psicológicas, estimulando el cerebro, realizando técnicas de relajación, juegos didácticos, etc., que ayudan a adquirir confianza en sí mismo, a mejorar la autoestima, a sentirse mejor psicológicamente, actividades relacionales, participando en proyectos sociales, integrándose en las actividades diarias de la familia o grupo, en fin, actividades medioambientales. La distribución de los médicos que refirieron consejos acerca de cómo mejorar calidad de vida de los pacientes fue la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	155	25,8
Sí	445	<b>74,2</b>
Total	600	100



### ¿Hizo recomendaciones sobre promoción de hábitos saludables?



Al igual que con las recomendaciones dietéticas, aproximadamente tres de cada cuatro médicos dieron consejos a sus pacientes para promocionar hábitos de vida saludables en relación al motivo de consulta. Dado el predominio de problemas neurológicos, especialmente los relacionados con el deterioro cognitivo y la pérdida de memoria, y las enfermedades del aparato locomotor, cardiovascular y respiratorio, es de suponer que mayoritariamente se trataría de recomendaciones específicas en relación a este tipo de procesos, las cuales pueden variar de unos a otros (evitación de caídas, agudeza visual, hipoacusia, hipoacusia, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, accidentes domésticos...).

## 5. REALIZACIÓN DE ACTUACIONES PREVENTIVAS

Las infecciones tienen cada día un papel más relevante dentro de la medicina geriátrica y de la prevención primaria en este segmento de pacientes, especialmente en lo que se refiere a la utilización adecuada de las vacunas y su impacto en la morbimortalidad y la calidad de vida de las personas mayores.

### 5.1 ACTUACIONES PREVENTIVAS DEL TIPO DE LA VACUNACIÓN

Únicamente en el 6,5% de las consultas se realizó una actuación preventiva del tipo





vacunación. Este bajo porcentaje puede estar relacionado con la fecha del estudio (meses de marzo y abril), fuera del calendario vacunal habitual de la gripe, que suele ser la actuación preventiva por excelencia.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	783	93,5
Sí	54	<b>6,5</b>
Total	837	100
Desconocido	3	
	840	

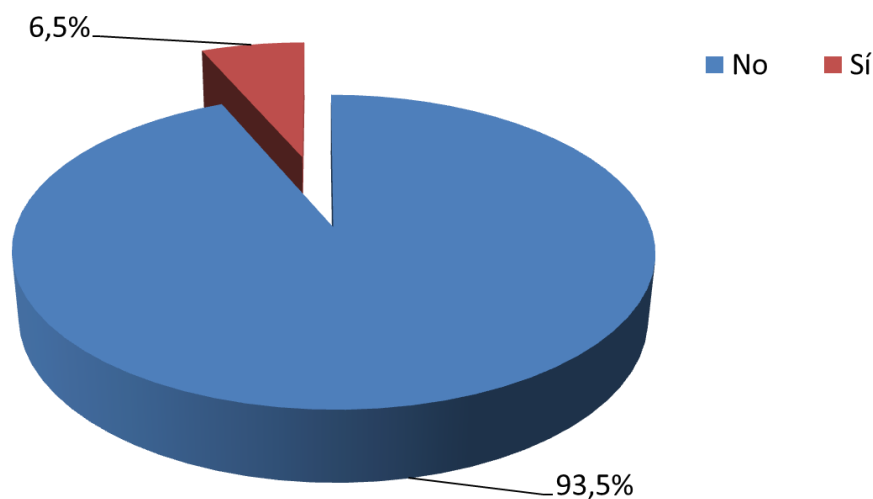
Si se compara las respuestas de los médicos que ejercen su labor profesional en centros hospitalarios y residencias, puede observarse que las actuaciones preventivas fueron el doble de frecuentes entre estos últimos, probablemente relacionado con el mayor riesgo de este tipo de enfermedades infecciosas y de enfermedades crónicas entre los pacientes institucionalizados.

		Realizó acciones preventivas		Total
		No	Sí	
Centro de trabajo	Hospital	364 (96,3%)	14 (3,7%)	378 (100%)
	Residencia	338 (48,2%)	27 (7,4%)	365 (100%)
Total		702	41	743

p=0,028



### ¿Realizó actuaciones preventivas como la vacunación?



#### 5.1.1 ACTUACIONES PREVENTIVAS REALIZADAS A LO LARGO DEL ÚLTIMO AÑO

Actualmente están disponibles más de 40 vacunas, eficaces y seguras, que permiten la prevención de 25 enfermedades inmunoprevenibles distintas en el ser humano. El éxito alcanzado depende tanto de la utilización como de la aplicación de políticas adecuadas. La *efectividad vacunal* tiene en cuenta el grado de protección frente a la enfermedad que confiere una determinada vacuna en condiciones reales, a diferencia de la *eficacia vacunal*, que la mide en condiciones de ensayo clínico. En relación al paciente mayor, las principales tipo de actuación vacunal a tener en cuenta son la antigripal, la antineumocócica y la antitetánica.

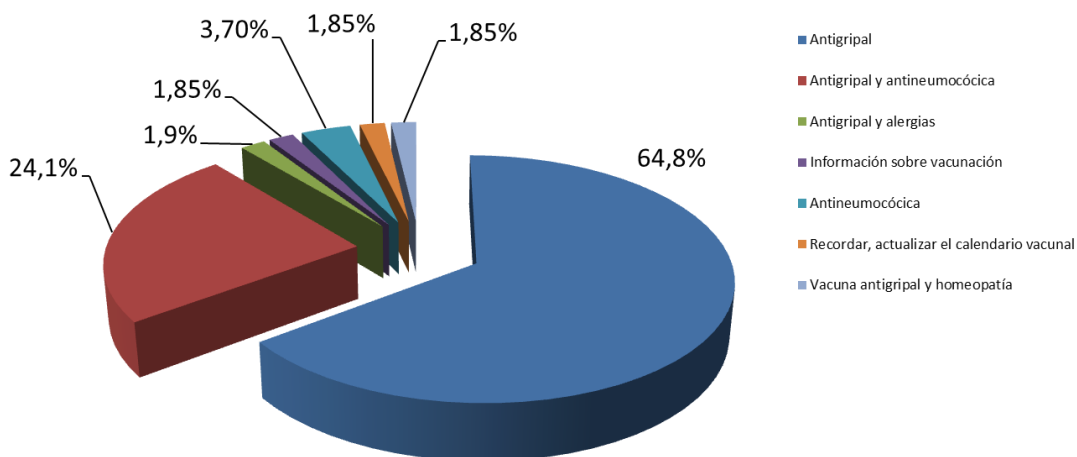
De acuerdo con las opiniones referidas por los médicos participantes, las principales medidas preventivas llevadas a cabo durante la consulta fueron las siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje
Antigripal	35	64,8
Antigripal y antineumocócica	13	24,1
Antigripal y alergias	1	1,85
Información sobre vacunación	1	1,85
Antineumocócica	2	3,70



Recordar, actualizar el calendario vacunal	1	1,85
Vacuna antigripal y homeopatía	1	1,85
Total	54	100

### Actuación preventiva del tipo de la vacunación



La mayoría de las actuaciones fueron contra la gripe (92,6%), bien sola (64,8%) o acompañada de otro tipo de actuación (27,8%). La vacunoterapia antineumocócica se realizó, de una u otra manera, en el 27,8% de las consultas en las que hubo alguna vacunación como actuación preventiva.

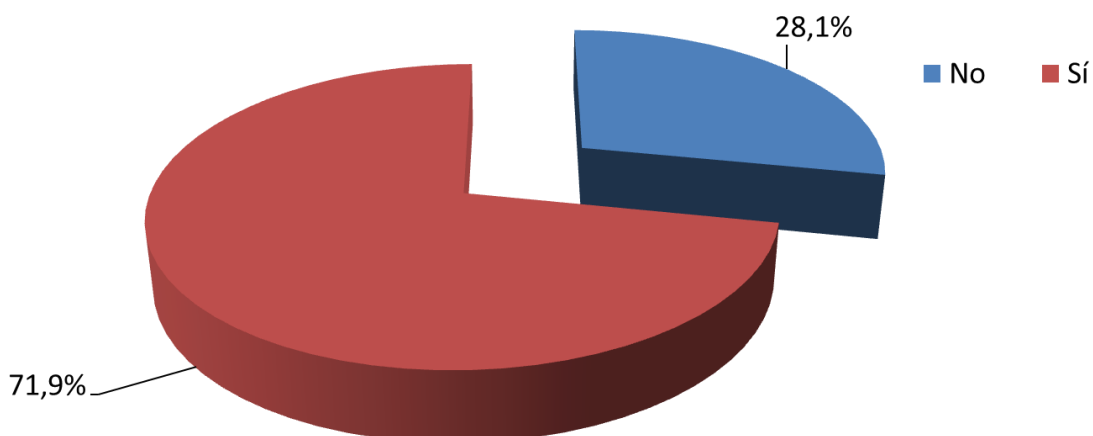
### 5.1.2 ACTUACIONES PREVENTIVAS REALIZADAS A LO LARGO DEL ÚLTIMO AÑO

La respuesta a la actuación preventiva realizada durante el último año es la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	220	28,1
Sí	563	<b>71,9</b>
Total	783	100



### ¿En caso negativo lo ha realizado en el último año?



De acuerdo con la opinión de los médicos, tres de cada cuatro pacientes objeto de consulta habrían recibido medias preventivas en el último año previo al estudio.

En este sentido conviene recordar que, de acuerdo con la evidencia científica disponible, la vacunación es la estrategia más efectiva y eficiente de prevención primaria con que cuenta la Salud Pública en la actualidad, siendo su contribución fundamental para disminuir la incidencia y la morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles. Se estima que las vacunas evitan más 12 millones de muertes en todo el mundo, siendo uno de los segmentos más favorecidos el de las personas mayores de 65 años.

La actuación preventiva durante el último año fue bastante más frecuente, con una diferencia estadísticamente significativa, entre los médicos de residencia que entre los médicos de centros hospitalarios (85,8% vs 59,2%), si nos atenemos a la respuesta dada por los mismos.



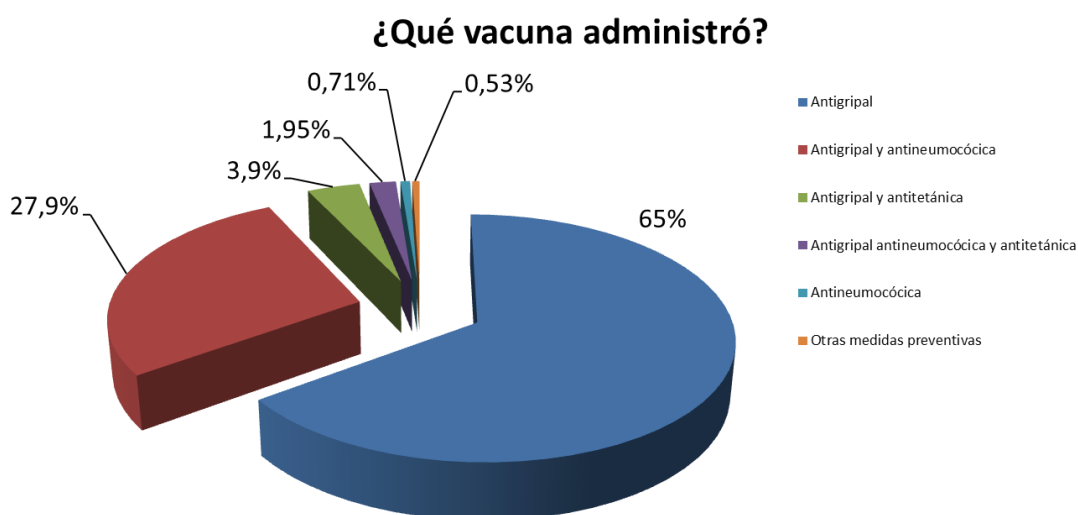
		En caso negativo ha realizado alguna vacunación a lo largo del año		Total
		No	Sí	
Centro de trabajo	Hospital	149 (40,8%)	216 (59,2%)	365 (100%)
	Residencia	48 (14,2%)	290 (85,8%)	338 (100%)
Total		197	506	703

p<0,001

### 5.1.2.1 VACUNAS ADMINISTRADAS

La distribución del número de vacunas administradas durante el último año aparece en la siguiente tabla.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Antigripal	366	65,0
Antigripal y antineumocócica	157	27,9
Antigripal y antitetánica	22	3,9
Antigripal antineumocócica y antitetánica	11	2,0
Antineumocócica	4	0,7
Otras medidas preventivas	3	0,5
Total	563	100





De acuerdo con las respuestas espontáneas dadas por los médicos, la vacuna más frecuentemente administrada fue la antigripal, seguida de la combinación antigripal y antineumocócica (recuérdese que ambas vacunas se pueden administrar de forma simultánea). La vacunación antigripal estuvo presente, de una u otra manera, en la inmensa mayoría de los casos, mientras que la vacunoterapia antineumocócica lo hizo en 3 de cada 10 casos, y la antitetánica en el 6% de los mismos.

Por tanto, teniendo en cuenta los casos acumulados de vacunación realizada durante la consulta y el último año, puede decirse que la vacunación antigripal se llevó a cabo en 3 de cada 4 casos (72%), mientras que la vacunación antineumocócica se realizó en algo más de 1 de cada 5 casos (21%). La vacunación antitetánica apenas se realizó en el 4% de los casos.

Como demuestran los propios datos del estudio y la Encuesta Nacional de Salud en las últimas décadas se ha producido una clara mejora en las tasas de vacunación antigripal anuales de la población de más de 65 años, habiendo pasado de poco más de la mitad a mediados de los años noventa a más de 7 de cada 10 en la actualidad. Todos los paneles de expertos recomiendan la vacunación antigripal anual masiva en los mayores de 65 años como estrategia de prevención primaria capaz de reducir la incidencia de la enfermedad y la mortalidad asociada a ésta. Aunque la eficacia en ancianos pueda ser menor que en adultos sanos, existe suficiente evidencia científica acerca de la efectividad y eficiencia de la vacunación antigripal en la población de más edad. Los programas y campañas de vacunación dirigidos a la población y a los profesionales sanitarios parecen estar aumentando paulatinamente las tasas de cumplimiento de la vacunación antigripal, aunque todavía no se cumpla el objetivo idóneo.

La vacuna antineumocócica está especialmente indicada en la población mayor con enfermedades crónicas y en aquellos pacientes inmunocomprometidos, en los que el riesgo de padecer una infección neumocócica y sus consecuencias es alto. Entre ellos, un grupo en el que es conveniente una mayor atención es el de ancianos



institucionalizados. La vacuna antineumocócica puede ser administrada al mismo tiempo que la antigripal.

En cuanto al tétanos, la vacunación es claramente efectiva y de bajo coste y, aunque se trata de una enfermedad poco frecuente, con una tasa anual inferior al 1/100.000 habitantes, su mortalidad es de aproximadamente el 50%. En las personas mayores está claramente indicada por el riesgo de caídas y accidentes.

La vacunación de la gripe, el neumococo y el tétanos en la población mayor es recomendada por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) en su documento *Estándares de Calidad en Geriatria*, creado en 2010.

## **6. ACTUACIÓN FRENTE A ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

Las enfermedades respiratorias constituyen la principal causa de mortalidad en las personas mayores después de las enfermedades del aparato circulatorio y del cáncer. Entre ellas ocupan un papel destacado los procesos infecciosos, los cuales plantean habitualmente una mayor gravedad y peor pronóstico, ocasionan tasas de mortalidad más elevadas, presentan un patrón epidemiológico distinto, tienen muchas veces una etiología diferente y poseen determinadas características específicas que hacen necesaria una aproximación diagnóstica y terapéutica diferente.

Las infecciones respiratorias representan más de la mitad de los procesos infecciosos del anciano, representando las neumonías, las exacerbaciones agudas de las bronquitis crónicas y los procesos gripales la mayor parte de ellas.

El deterioro del sistema mucociliar del aparato respiratorio y la pérdida de eficacia del reflejo tusígeno, así como la presencia de enfermedades crónicas subyacentes (diabetes, EPOC, osteoporosis, enfermedades autoinmunes, etc.), situaciones de malnutrición, factores sociales, como el aislamiento, la falta de higiene, etc.), el uso y abuso de fármacos, situaciones de riesgos ambientales (residencias, hospitales, etc.) son factores favorecedores de la infección respiratoria en el anciano.

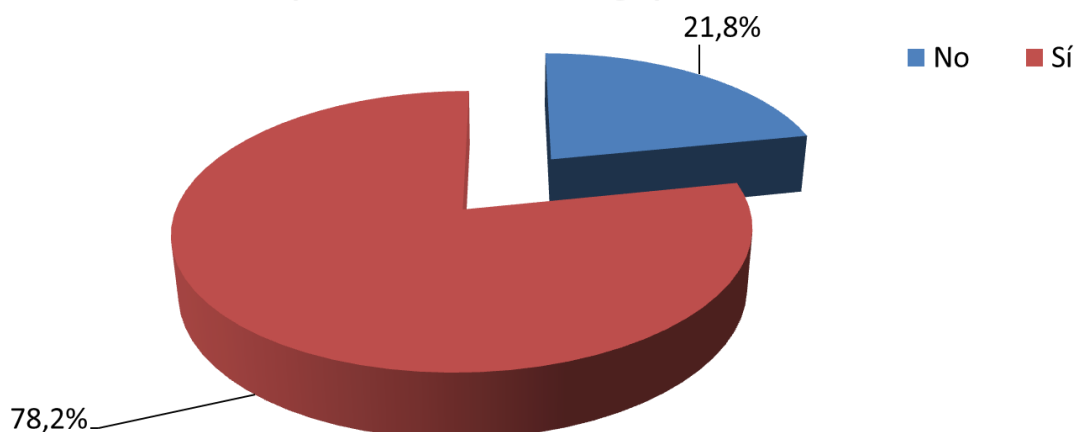


### 6.1 ACTUACIÓN PREVENTIVA CONTRA LA GRIPE EN EL ÚLTIMO AÑO

La respuesta, afirmativa o negativa, de los médicos participantes en el estudio a la pregunta específica de la actuación preventiva frente a la gripe en el último año fue la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
No	182	21,7	21,8
Sí	653	77,7	<b>78,2</b>
Total	835	99,4	100
Perdidos	5	0,6	
	840	100	

#### ¿Durante el último año ha realizado alguna actuación preventiva contra la gripe?



De acuerdo con la respuesta a la pregunta específica, casi 8 de cada 10 pacientes habrían recibido algún tipo de actuación preventiva contra la gripe (78,2%), cuyas características se detallan en el apartado siguiente. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas dadas por los médicos de residencias (89,9%) y por los médicos de centros hospitalarios (65,7%).





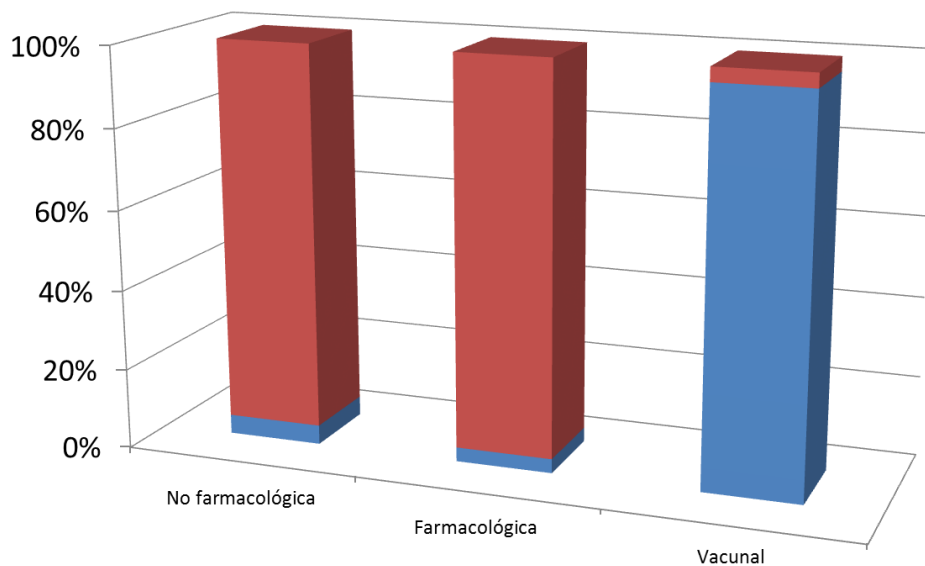
		Durante el último año actuó frente a la gripe		Total
		No	Sí	
Centro de trabajo	Hospital	129 (34,3%)	247 (65,7%)	376 (100%)
	Residencia	37 (10,1%)	328 (89,9%)	365 (100%)
Total		166	575	741

p<0,001

### 6.1.1 TIPO DE ACTUACIÓN PREVENTIVA CONTRA LA GRIPE

La distribución del tipo de actuación contra la gripe fue la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No farmacológica	31	4,8
Farmacológica	23	3,5
<b>Vacunal</b>	<b>629</b>	<b>96,5</b>



Casi la totalidad de las actuaciones preventivas contra la gripe fueron mediante la



vacunación. En general, de acuerdo con la respuesta ante la pregunta específica sobre la vacunación antigripal, 629 pacientes habrían recibido vacunoterapia contra la gripe en el último año (74,4%), resultado que se sitúa ligeramente por encima de la respuesta espontánea -606 (72%)-, dada a las preguntas abiertas del apartado anterior (actuaciones preventivas realizadas en la propia consulta o durante el último año). Ambos porcentajes se sitúan entre los que muestra el último Gripómetro (alrededor del 67,7%) y las tasas recomendadas por la OMS (75%).

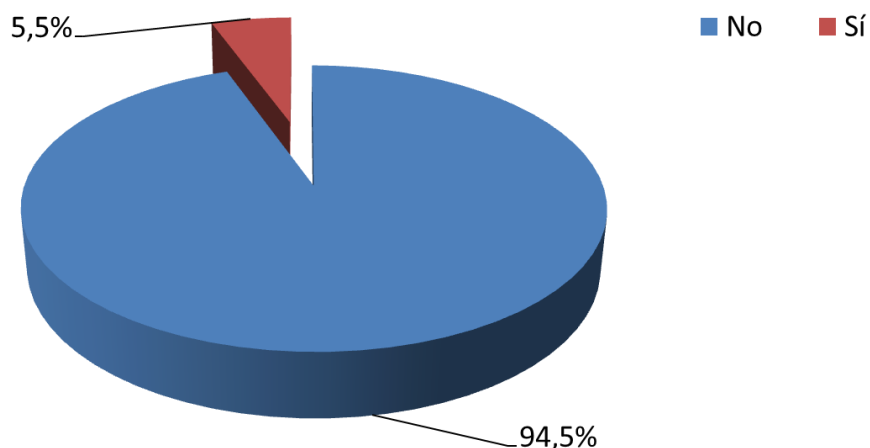
### **6.1.2 EPISODIOS DE GRIPE EN LOS PACIENTES QUE NO RECIBIERON ACTUACIÓN PREVENTIVA**

La distribución de episodios de gripe observada en los no vacunados durante el último año aparece en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	172	94,5
Sí	10	<b>5,5</b>
Total	182	100



### ¿Ha habido episodio de gripe en los que no recibieron actuación preventiva contra la gripe?



De acuerdo con la opinión de los médicos participantes, el 5,5% de los no vacunados contra la gripe padeció un episodio de la enfermedad a lo largo del último año, lo cual supone multiplicar por más de 10 la incidencia de la enfermedad a nivel general y aproximadamente por 4 la del segmento de población de personas mayores de 65 años.

#### 6.2 ACTUACIÓN PREVENTIVA CONTRA LA INFECCIÓN NEUMOCÓCICA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO

Los expertos recomiendan la vacunación antineumocócica en la población geriátrica o, al menos, en pacientes institucionalizados o de alto riesgo de morbimortalidad por neumococo o las complicaciones de su infección, como pacientes inmunocompetentes con enfermedades crónicas (la comorbilidad de este tipo de infección en individuos mayores es muy frecuente, especialmente con la enfermedad cardiovascular o pulmonar, diabetes, alcoholismo, cáncer, etc.) o inmunodeprimidos (esplenectomizados, pacientes con insuficiencia renal o con síndrome nefrótico, trasplantados, pacientes con leucemia, mieloma múltiple, linfoma o enfermedad de Hodking, etc.). No hay que olvidar que la mortalidad por la infección neumocócica es



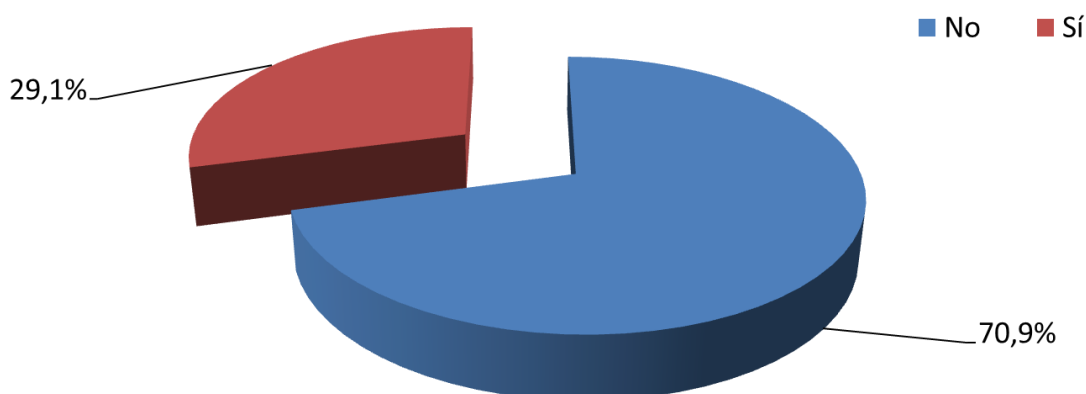
superior a la de cualquier otra enfermedad bacteriana prevenible con vacunas.

Además de los efectos que la vacunación tiene sobre la salud de los pacientes, resulta claramente coste/eficiente en la prevención de la enfermedad neumocócica invasora, lo que disminuye significativamente el número de ingresos y estancias hospitalarias de estos pacientes.

En el presente estudio, la respuesta al planteamiento de actuaciones preventivas contra la infección neumocócica ha sido la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje (%)
No	586	69,8	70,9
Sí	241	28,7	<b>29,1</b>
Total	827	98,5	100
Perdidos	13	1,5	
	840	100	

### ¿Durante el último año ha realizado alguna actuación preventiva contra la infección neumocócica?



De acuerdo con la opinión de los médicos participantes, 1 de cada 3-4 pacientes recibieron atención preventiva frente a la infección neumocócica. Hubo diferencias significativas entre los médicos que ejercen en residencias (35,5%) y los médicos que ejercen en centros hospitalarios (22,7%).



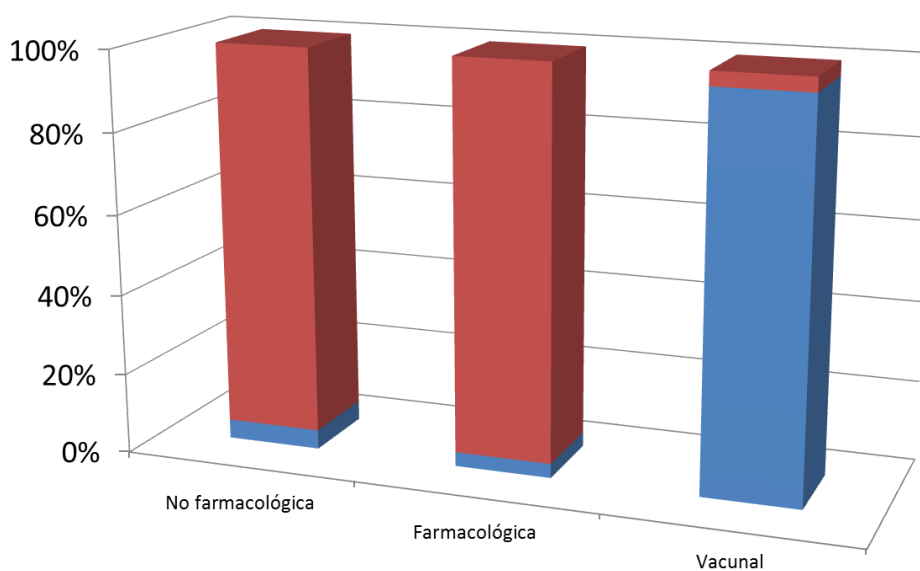
		Durante el último año ¿ha actuado frente a neumococo?		Total
		No	Sí	
Centro de trabajo	Hospital	289 (77,3%)	85 (22,7%)	374 (100%)
	Residencia	234 (64,5%)	129 (35,5%)	363 (100%)
Total		523	214	737

p<0,001

### 6.2.1 TIPO DE ACTUACIÓN PREVENTIVA CONTRA LA INFECCIÓN NEUMOCÓCICA

La distribución del tipo de actuación contra la infección neumocócica aparece en la siguiente tabla:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No farmacológica	20	8,1
Farmacológica	26	10,6
Vacunal	218	<b>88,6</b>





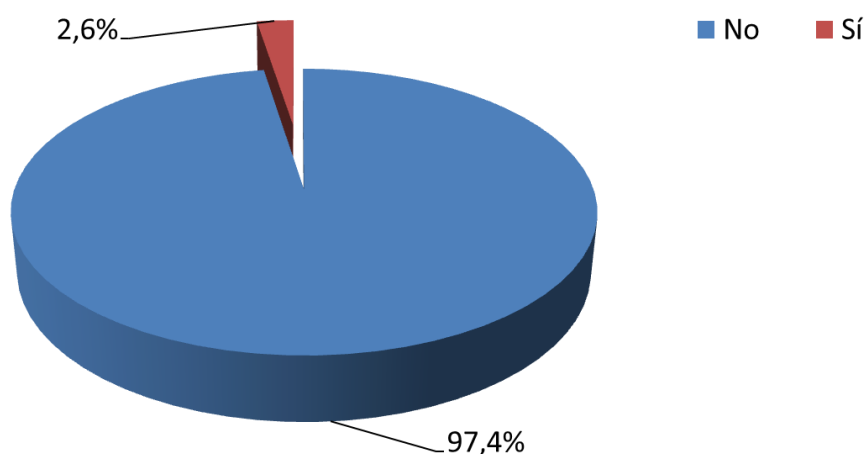
Como en el caso de la gripe, la actuación vacunal es con gran diferencia la actividad preventiva llevada cabo mayoritariamente contra la enfermedad neumocócica. En general, la respuesta sugerida muestra un porcentaje algo mayor, 218 (26,0%) que la respuesta espontánea, 177 (21,0%) de vacunoterapia antineumocócica en el último año. Por tanto, la vacunación antineumocócica se realizó aproximadamente en 1/3 parte o menos de pacientes que con los que se realizó vacunación antigripal.

### 6.2.2 EPISODIOS DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA EN LOS PACIENTES QUE NO RECIBIERON ACTUACIÓN PREVENTIVA

La presentación o no de episodios de enfermedad neumocócica en los pacientes no vacunados fue la siguiente:

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	571	97,4
Sí	15	2,6
Total	586	100

#### ¿Ha habido episodio de enfermedad neumocócica en los que no recibieron actuación preventiva?



Como puede observarse casi el 3% de los no vacunados presentaron enfermedad neumocócica, tasa intermedia a la que reflejan los diferentes estudios acerca de la



incidencia de la neumonía en el anciano, aunque inferior a la señalada en el último documento de consenso de la SEPAR. Esta respuesta podría estar condicionada por la duración de la vacuna. En los adultos los niveles de anticuerpos producidos por la vacunación persisten durante 5 años, aunque en algunos grupos de pacientes con respuesta inmunogénica menor pueden durar menos tiempo, entre 3 y 5 años. Por tanto, muchos de los pacientes geriátricos que no habían recibido vacunación en el último año, probablemente sí la habían recibido a lo largo de los últimos 5 años.

#### **6.2.2.1 EL EPISODIO DE INFECCIÓN NEUMOCÓCICA ¿SE PRODUJO TRAS UNO DE GRIPE?**

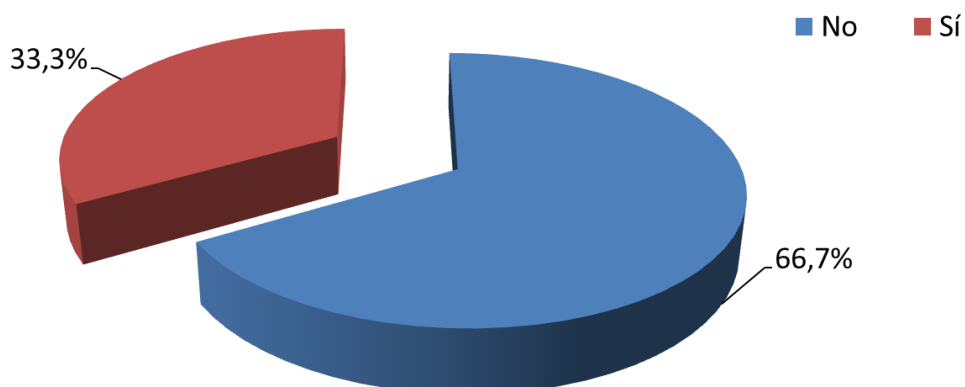
Como se ha comentado anteriormente, la neumonía es la complicación más frecuente de los procesos gripales en la población de más edad.

En la siguiente tabla aparece la distribución de los episodios de enfermedad neumocócica habida en pacientes que no habían recibido ni vacunación contra la gripe ni contra el neumococo.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	10	66,7
Sí	5	<b>33,3</b>
Total	15	100



### El episodio de infección neumocócica ¿Se produjo tras uno de gripe?



1 de cada 3 casos de infección neumocócica se produjeron tras otro episodio de gripe en pacientes no vacunados. Aunque los datos son poco relevantes por el escaso número registrado, la respuesta dada por los médicos muestra la relevancia de la infección neumocócica como complicación de la gripe y de la constatación de la misma por parte de los médicos involucrados en la atención geriátrica.

## DISCUSIÓN

La humanidad en su conjunto está envejeciendo, siendo España uno de los países desarrollados en los que la expansión del grupo de edad de personas mayores de 65 años es cada vez más acelerada, con una esperanza de vida al nacer y a partir de los 65 años más alta (1-3). La atención a las personas mayores se ha convertido en uno de los principales problemas sociosanitarios actuales, debiendo estar preparados los poderes públicos para atender las necesidades y demandas crecientes de una población cada vez más envejecida (12), ya que, por una parte, la salud es la máxima preocupación de los mayores según todas las encuestas y, por otra, los problemas de salud crecen exponencialmente con la edad en el segmento de personas mayores de 65 años (13).





Además, el panorama se complica por la disminución de la capacidad funcional y el aumento de la dependencia: se estima que en el segmento de 65 a 69 años 1 de cada 6 españoles tiene problemas para realizar actividades cotidianas, pero a partir de los 80 años es superior a 1 de cada 2 (2). Dentro de la asistencia a las personas mayores, la atención preventiva de las enfermedades infecciosas ocupa un capítulo destacado por los grandes beneficios que lleva consigo en términos de reducción de la morbimortalidad, de mejora de calidad de vida de los pacientes y de la reducción del gasto sanitario en general y del farmacéutico en particular (11).

La vejez es, ante todo, una construcción social (3), dadas las grandes dificultades que existen para definirla tanto desde el punto de vista demográfico y cronológico como desde el punto de vista funcional y psíquico (11). El concepto demográfico hace coincidir la vejez con la proporción de sujetos de 65 o más años respecto al total de la población. A pesar de que adolece de exactitud (en este grupo etario se encuentran tanto hombres como mujeres con edades que, varían hasta en treinta o más años, individuos que no presentan enfermedades demostrables junto a aquellos otros que sufren uno o varios procesos patológicos de menor o mayor gravedad), hemos adoptado este concepto en nuestro estudio por estar ampliamente extendido, ser el más ampliamente utilizado en los estudios epidemiológicos y responder más adecuadamente a los objetivos del estudio. No obstante, ha de tenerse en cuenta que, referido al ámbito de la asistencia sanitaria, se ha tratado de definir diferentes situaciones de la ancianidad: persona mayor sana, persona mayor enferma, persona mayor de alto riesgo, paciente geriátrico (1, 11, 14, 15).

El envejecimiento es un proceso complejo, continuo e irreversible que afecta a todos los seres vivos (16), ya que es la vida misma quien sufre el proceso de envejecer (17). En el hombre, el proceso de envejecimiento está condicionado tanto por factores biológicos como por aspectos psicológicos y sociales (16, 17). Referido al ámbito fisiopatológico, el envejecer origina cambios morfológicos y fisiológicos, que dan lugar a una pérdida de la capacidad de respuesta de los sistemas de reserva y una



disminución en la capacidad de adaptación al medio de los distintos órganos y aparatos corporales, haciendo más vulnerable al organismo a cualquier tipo de agresión externa y, consiguientemente, a una progresiva mayor morbilidad (11). La gripe y la infección neumocócica representan las principales enfermedades infecciosas prevenibles en el anciano (18).

A pesar de la amplia búsqueda realizada en las principales bases de datos, no se ha encontrado un estudio de estas características a nivel nacional, por lo que las posibilidades de comparación son escasas y es necesario referirlas a aspectos parciales del estudio. Aun con sus importantes limitaciones, los estudios de investigación sociosanitaria, observacionales, basados en la actitud y comportamiento de los médicos son tenidos cada vez más en cuenta, dado su valor como punto de partida para la elaboración de guías de actuación y para el desarrollo de programas encaminados a la mejora de la eficiencia y la calidad asistencial en un determinado ámbito de actuación sanitaria (19). No debe olvidarse que los médicos aplican de manera bastante automática un conjunto de conocimientos y habilidades en respuesta a un problema clínico. Este cuerpo de conocimientos y habilidades se nutre de la ciencia y de la práctica y se modula con los valores dominantes, las valoraciones personales, la experiencia, los hábitos, las motivaciones y los demás elementos que condicionan la conducta humana (11, 19, 20). Conocimiento, actitud y comportamiento actúan como un continuo en la práctica médica.

Por tanto, conocer de manera amplia, con una muestra representativa de geriatras y de médicos que realizan atención geriátrica a nivel nacional, las actitudes y comportamientos de los mismos en relación a la atención preventiva al paciente mayor supone una auténtica novedad en el panorama de la medicina española, permite realizar un mapa a nivel nacional y señala un interesante camino para seguir investigando en distintas áreas, con objeto de mejorar la calidad de la atención geriátrica al paciente mayor.

El estudio, basado en la cumplimentación anónima de un cuestionario estructurado en



el que se combinan preguntas abiertas y cerradas, ha sido dividido en seis partes para facilitar su estructura, comprensión y cumplimentación. Con objeto de conseguir la muestra establecida, se consideró oportuno el refuerzo telefónico por parte de personal experto en este tipo de estudios a la acción previa de persuasión para la cumplimentación del cuestionario llevada a cabo entre sus socios por parte de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

La primera parte aborda los datos individuales de los pacientes que motivaron las dos últimas consultas de cada médico, en relación a la edad, sexo, situación personal y situación de dependencia; la segunda parte analiza los motivos de consulta; la tercera parte investiga la comorbilidad, planteando, por una parte, la tipología de la enfermedad de base y, por otra, la de la patología asociada; la cuarta parte aborda las posibles recomendaciones realizadas sobre hábitos de vida saludable, sacando conclusiones acerca de los diferentes consejos específicos: dieta, ejercicio, prevención de hábitos tóxicos y promoción de hábitos saludables; la quinta parte entra de lleno en la realización de actividades preventivas, tanto en el transcurso de la consulta como del último año, determinando las respuestas espontáneas sobre los distintos tipos de vacunación realizada; la sexta parte estudia las actividades preventivas de las dos principales enfermedades infecciosas respiratorias en el anciano: la gripe y la infección neumocócica. A lo largo de todo el estudio se analiza las posibles diferencias de comportamiento entre los médicos que ejercen en residencias y los que realizan su actividad profesional en un centro hospitalario, señalándose aquellos casos en los que existen diferencias significativas dignas de mención.

En relación a la primera parte, los datos del estudio muestran una edad media de los pacientes objeto de consulta algo superior a la esperanza de vida actual que señalan las estadísticas oficiales (2, 4), siendo el peso de la mujer doble que el del hombre, con una mayor edad media, una mayor dependencia y una mayor situación de viudedad, todo lo cual está en relación con los datos facilitados por los organismos públicos (2, 4, 5, 10, 21). Quizás en lo que exista una cierta discrepancia es la proporción de las



distintas situaciones en cada uno de los sexos, especialmente en el mayor número de mujeres viudas y solteras en detrimento de las casadas (2, 4). En general, el porcentaje de personas casadas que aparece en el estudio es prácticamente la mitad que el que arroja el Instituto Nacional de Estadística (INE), probablemente como consecuencia de la alta edad media de los pacientes objeto de la consulta, pues la viudez aumenta considerablemente en los segmentos de población más altos, especialmente entre las mujeres (2, 4). El estudio de Tuells et al, realizado directamente con más de 1600 personas mayores de 65 años, con una edad media de 73,3 años, señala la situación de viudedad para 1 de cada 3-4 personas y la de casado/a para 6 de cada 10 (22).

En cuanto al motivo de consulta, llama la atención el papel predominante de la demencia, un síndrome de etiología multicausal en el que confluyen tanto síntomas cognitivos como psiquiátricos, que traen como consecuencia el empeoramiento progresivo de la capacidad funcional de los pacientes (23). A pesar de que se ha constatado el progresivo aumento de la morbimortalidad por esta causa en la población anciana, los estudios epidemiológicos muestran una tasa por debajo de determinadas enfermedades cardiovasculares, como la HTA, que se estima que está presente en 2 de cada 3 pacientes mayores de 65 años (24-26)).

Sin embargo, en el documento de la *Regional Geriatric Programs* de Ontario, en Norteamérica, publicado en el año 2008 (27), la demencia senil y presenil, en particular, y los problemas neurológicos, en general, aparecen entre las principales causas de consulta y entre las patologías de mayor necesidad de prestación de servicios. En España, causó el 2,6% de todas las defunciones en 2007, con una proporción de 2:1 entre mujeres y varones y siendo la mayoría de defunciones producidas en mayores de 74 años; la mortalidad se ha multiplicado por siete en mujeres y por cinco en varones desde el año 1990 (28).

La HTA y otros factores de riesgo cardiovascular aparecen más como enfermedades de base y asociadas que como motivos de consulta. Dadas las diferencias considerables en la distribución de frecuencias de éstas y otras enfermedades, puede deducirse



fácilmente que, en no pocos casos, la consulta se realizó por un motivo distinto a cualquier aspecto relacionado con la enfermedad de base. En su conjunto, las enfermedades del aparato cardiovascular ocuparon un lugar más relegado como motivo de consulta que el que podía esperarse de los datos epidemiológicos (24, 26), viéndose superadas, aparte de por las enfermedades neurológicas, por las enfermedades respiratorias, entre las que ocupa un lugar destacado las infecciones respiratorias (neumonía, bronquitis y gripe) y las enfermedades del aparato locomotor, en las cuales llama también la atención el bajo número de consultas por osteoporosis, aunque sí existe un buen número de consultas por problemas asociados a la misma, como fracturas y caídas, dolor, rehabilitación, etc.

Aunque los términos comorbilidad y multimorbilidad en realidad representan conceptos diferentes, en la literatura médica se ha extendido su uso para hablar indistintamente de una misma situación real, tanto si se trata de situaciones patológicas acompañantes de una enfermedad guía o de la concurrencia de varias enfermedades, sin relación o dominancia entre ellas, en una misma persona (24). En nuestro caso, hemos utilizado el término comorbilidad para plantear cualquier situación que pudiera darse en los pacientes objeto de las consultas referidas por los médicos participantes en el estudio. Por una parte, se ha investigado la enfermedad de base y, por otra, las enfermedades asociadas.

Los resultados obtenidos en el estudio son distintos de los que cabría esperar si tenemos en cuenta la frecuencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años que refleja la Encuesta Nacional de Salud (ENS) (24, 26). Si en ésta las tres principales dolencias por orden de frecuencia son la HTA, el reumatismo y el dolor de espalda, el estudio determina que esas primeras posiciones sean para la demencia (bajo este término aparecen agrupadas las demencias no Alzheimer, el Alzheimer, el deterioro cognitivo, la pérdida de memoria), la cual no aparece en una posición relevante en la ENS, las cardiopatías y la HTA. En la ENS se sitúan a continuación la dislipemia, las varices y el síndrome depresivo/ansiedad, mientras que en el estudio aparecen la



EPOC, la diabetes y la osteoporosis. En fin, la mayoría de entidades que aparecen en la ENS también aparecen en el estudio, pero el peso de cada una de ellas en una y otro varían considerablemente. No obstante, hay que tener en cuenta la diferente metodología utilizada y el hecho de que la ENS no utiliza, como se ha realizado en el estudio, la separación entre motivo de consulta, enfermedad de base y enfermedad asociada; solamente considera la frecuencia de las enfermedades padecidas durante un período de tiempo (26).

En cuanto a las patologías asociadas, se pueden analizar poniendo en paralelo las diez patologías más frecuentes según la ENS y las que aparecen como enfermedades asociadas a la enfermedad base, según la opinión de los médicos encuestados:

<b><u>ENS</u></b>	<b><u>ESTUDIO</u></b>
HTA	HTA
Reumatismo	Diabetes
Dolor de espalda	Enf Cardíaca
Dislipemia	Demencia
Varices	Dislipemia
Depresión/Ansiedad	Artrosis
Diabetes	Depresión
Cataratas	Osteoporosis
Osteoporosis	EPOC
Incontinencia urinaria	Enf Digestivas

Como puede observarse, la mayoría de los diagnósticos coinciden, aunque en posiciones diferentes. Por otra parte, la encuesta de morbilidad hospitalaria (29) sitúa



a las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, digestivas, cáncer, enfermedades traumatológicas y reumatológicas entre las causas más frecuentes de asistencia hospitalaria, mientras que el estudio sitúa también a las enfermedades cardiovasculares como las más prevalentes, pero, en este caso, seguidas de las enfermedades endocrinometabólicas, nerviosas, del aparato locomotor (incluyen traumatismos, osteoporosis y reumatismos), enfermedades respiratorias y psiquiátricas. En uno y otro caso, estos grupos de enfermedades más prevalentes constituyen 3 de cada 4 casos prácticamente, aunque el estudio plantea un mayor peso de las enfermedades neurológicas y endocrinas sobre todo (2, 29).

En cuanto al número, si se suman las enfermedades de base y las enfermedades asociadas resulta una media de 2,3 enfermedades por paciente, lo que dista considerablemente de la media de 4,1 que resulta si se extrapolan los datos de la ENS (26). Si se consideran los datos directos proporcionados por algunos estudios, puede decirse que 1 de cada 4 pacientes mayores de 65 años y 1 de cada 3 de los mayores de 85 años padecen 4 o más patologías (23), mientras que en el estudio, sólo 1/3 parte tiene más de 2 patologías y 1 de cada 8 más de 3. Únicamente el 2,4% presentaban 4 o más según la opinión del médico. Aquí puede radicar la diferencia, ya que en el estudio no se han tomado los datos directamente de la historia clínica o de la observación pormenorizada del paciente, sino de la opinión del médico, que, en muchos casos, no ha considerado todas las enfermedades, sino las principales.

En el trabajo de Wong *et al* (30), la proporción de pacientes con cinco o más comorbilidades crónicas aumentó significativamente del 42% al 58%, en especial aumentó la prevalencia de diabetes *mellitus*, la obesidad y la insuficiencia renal. En un meta-análisis realizado por Cizza *et al* (31), se encuentra una clara asociación entre depresión mayor y osteoporosis, llegando a ser la densidad mineral ósea hasta un 5% menor entre los pacientes con depresión en relación a los que no la tienen. En un meta-análisis publicado en 2010 por Profenno *et al* (32), la enfermedad de Alzheimer se asocia con un mayor riesgo de obesidad y diabetes..



La diabetes es un factor de riesgo coronario y de accidente cerebrovascular bien conocido, cuyos efectos varían con la edad y sexo y la presencia de otros factores acompañantes. La diabetes aparece frecuentemente asociada a otros factores de riesgo como la obesidad, los lípidos, o la hipertensión. Cuando los cuatro aparecen asociados, se habla de síndrome metabólico, siendo la prevalencia del mismo publicada por Fernandez Bergés *et al* (33) en un estudio agrupado con datos individuales de 11 estudios, incluyendo a 24.670 individuos de 10 comunidades autónomas con edades comprendidas entre 35 y 74 años, fue del 31% (29% en mujeres y 32% en hombres). La diabetes incrementa dos veces el riesgo de padecer enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares y la posible muerte debida a estos factores (34).

La prevalencia de depresión es elevada en personas con enfermedades crónicas, como la diabetes, el accidente cerebrovascular, la insuficiencia cardíaca, la EPOC y la hipertensión, en comparación con la población general (35).

En Estados Unidos, más de la mitad de los ancianos, que ingresan en el hospital con una neumonía adquirida en la comunidad, tienen una enfermedad cardíaca crónica, proporción que aumenta según aumenta la edad del paciente (36-38).

El 86% de pacientes con insuficiencia cardíaca presentan dos o más enfermedades concomitantemente, y el 25% presentan seis o más enfermedades (39). Las comorbilidades más frecuentemente observadas con la insuficiencia cardíaca son: la diabetes, la hipertensión, la artritis reumatoide, el accidente cerebrovascular, el asma, la EPOC y la enfermedad renal (40).

La comorbilidad es, junto con la edad y el deterioro funcional, una de las principales características de la atención geriátrica (23). Las consecuencias de la misma sobre los resultados de salud son bien conocidas: afecta y modula la progresión de las enfermedades concurrentes, modifica la eficacia de los tratamientos, aumenta el riesgo de iatrogenia y eventos adversos, aumenta el riesgo de hospitalización y prolonga las estancias hospitalarias, empeora la calidad de vida de las personas,





aumenta el riesgo y gravedad de la discapacidad y de la necesidad de dependencia e incrementa el riesgo de muerte. La comorbilidad puede afectar tanto al diagnóstico y el pronóstico como al tratamiento. De ahí la necesidad de un buen abordaje y manejo de la comorbilidad en los pacientes de más edad. Incluso se ha llegado a plantear la comorbilidad como el último de los síndromes geriátricos. Se han descrito diferentes formas de describir la comorbilidad como el Índice de Charlson, la *Cumulative Illness Rating Scale*, el Índice de enfermedades coexistente, el Índice geriátrico de comorbilidad, o el *Burden of Illness Score for Elderly Persons*. Una magnífica y reciente revisión sobre el tema, realizada por Martínez Velilla y Gaminde Inda, se puede encontrar en la revista Medicina Clínica (41).

En cuanto a las recomendaciones de hábitos saludables, cabe destacar que, aunque de manera general, se realizaron en 3 de cada 4 consultas, en menos de la mitad se realizaron recomendaciones sobre ejercicio físico, lo cual podría estar en relación con la media de edad tan avanzada de los pacientes objeto de consulta, en muchos de los cuales se supone un importante deterioro funcional supuestamente “incompatible” con la práctica de ejercicio físico regular. No obstante, estos datos están en línea con los de otros estudios, que indican que el número de personas mayores que realizan ejercicio está por debajo de lo que sería deseable y que gran parte de los programas existentes se dirigen a personas mayores con una supuesta “normalidad funcional”, pero no a personas con problemas de salud o discapacidades que podrían beneficiarse a corto y largo plazo de programas adecuados a sus necesidades (5, 42). La propia OMS se ha interesado por esta problemática elaborando una serie de documentos y recomendaciones, que tratan de promover la actividad física en las personas mayores (43, 44).

La quinta parte del estudio hace referencia a las actuaciones preventivas de tipo vacunación realizadas durante la consulta o en el último año y tienen un carácter abierto en el cuestionario. Por tanto, se trata de respuestas espontáneas dadas por los médicos participantes. En el 6,5% de las consultas se llevó a cabo una actuación



preventiva basada en la vacunoterapia, que, en la mayoría de los casos (92%), incluyó la vacunación antigripal y en 1 de cada 3-4 casos, la vacunación antineumocócica. Las actuaciones de este tipo fueron bastante más frecuentes entre los médicos de residencia que entre los de centros hospitalarios, lo cual está en línea con lo planteado por otros estudios. En aquellos casos en los que no se realizó vacunación durante la consulta, sí tuvieron lugar actuaciones preventivas de este tipo a lo largo del último año en 3 de cada 4 casos, siendo también los médicos de instituciones residenciales más activos que los de instituciones hospitalarias y estando presente la vacunación antigripal en la inmensa mayoría de los casos, mientras que la antineumocócica lo hizo en 3 de cada 10 y la antitetánica se redujo a poco más de 1 cada 20 casos. Si se trata de evaluar los casos acumulados de las dos últimas consultas a las que se refiere el estudio y las actuaciones realizadas a lo largo del año, puede decirse que los médicos refieren espontáneamente haber realizado vacunación antigripal en el 72% de los casos y vacunación antineumocócica en el 21%. En este último caso, hay que tener en cuenta que, dada la cobertura de la vacunación antineumocócica durante 3-5 años, es probable que una parte importante de los pacientes estuviera ya vacunada de años anteriores y, por tanto, no necesitara la vacunación. La vacunoterapia contra la gripe, el neumococo y el tétanos es una de las estrategias básicas de prevención recomendadas tanto en el ámbito de la atención primaria (1) como de la atención especializada (45, 46). La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) acaba de publicar una guía sobre la vacunación en adultos y mayores (45). Se trata de una completa y útil revisión de las principales vacunas de uso habitual en el adulto y en los mayores entre las que se encuentran la vacuna contra la gripe, el neumococo y el tétanos. Este documento profundiza en diferentes temas, algunos de especial importancia en personas mayores, como es el caso de la inmunización en determinados procesos de base frecuentes en los grupos etarios de más edad; así como en personas que no han recibido una vacunación sistemática acorde al calendario vacunal.

En relación a las enfermedades respiratorias prevenibles, la investigación se centró en



los dos procesos infecciosos más frecuentes en la población mayor: la gripe y la infección neumocócica.

La vacunación contra la gripe en las personas mayores de 65 años es una estrategia de prevención primaria efectiva y eficiente (1, 18, 45, 46). La finalidad principal es evitar los casos graves y sus complicaciones (23). No obstante, como vienen señalando los numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas para valorar las coberturas vacunales tanto en la atención primaria como en la atención especializada de salud, cada año permanecen sin vacunar una proporción considerable de mayores de 65 años, originando bolsas de población escasamente protegidas frente a las epidemias estacionales (47, 48). Como señala la última Guía acerca del valor de las vacunas, editado conjuntamente por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Organización Médica Colegial, en cualquier caso el impacto que la vacunación tiene sobre las tasas de hospitalización y mortalidad justificaría el beneficio que obtiene la vacunación; es más, la vacunación del personal sanitario ha demostrado ser altamente efectivo, de manera indirecta sobre la protección de los pacientes de riesgo (18).

Los resultados del estudio muestran una cobertura vacunal del 74,4%, ligeramente superior a la que mostraba la respuesta espontánea (72%), por encima de los datos del Gripómetro (67,7%) (49), en línea con los datos del estudio de Tuells et al (75,3%) (23), basado en entrevistas directas a la población, y muy cerca del objetivo señalado por la OMS. La cobertura de 3 de cada 4 personas por encima de los 65 años también es bastante más amplia que la que muestra la amplia serie analizada por Mayo et al entre los años 1993 y 2001 (47) y la que pone de manifiesto el estudio de Schwarz et al en el ámbito de la atención primaria de salud (52,1%) (50). Otros estudios señalan una horquilla de cobertura que va desde el 50% al 70% (23), aunque conviene significar que España se encuentra entre los países desarrollados con mayor nivel de cobertura (51). La actuación preventiva fue casi un 40% mayor entre los médicos de residencia que entre los médicos de hospital.

El *Advisory Committee on Immunization Practice*, en los Estados Unidos de



Norteamérica, recomienda la vacunación anual para las personas mayores de 65 años, especialmente los institucionalizados (52), existiendo numerosos artículos previos en la literatura que hacen esta recomendación, a pesar de que la efectividad es menor en las personas mayores y los niños (53-57). En el grupo etario de las personas mayores, la efectividad parece ser mayor en pacientes que se encuentran internados en centros sociosanitarios (58, 59). La recomendación de la vacunación antigripal es recomendada por diversos organismos internacionales (60, 61) como organismos y sociedades científicas nacionales (1, 18, 45).

La gripe es responsable de una excesiva morbimortalidad y de un gran número de hospitalizaciones cada año (11, 18). El Sistema Español de Vigilancia de la Gripe notificó una incidencia, en el año 2010, de 492,34 casos por cada 100.000 habitantes, y un número de casos acumulado de 224.011. La incidencia de la gripe sigue un ciclo estacional, variando de una semana a otra dentro del año. La frecuencia es mayor en el segmento de personas de mayores de 65 años, el cual supone el 39% de todos los casos, que es más del doble del peso de este segmento etario en el conjunto de la población. En España causa alrededor de 76.000 hospitalizaciones al año, de las cuales, dos terceras partes son debidas a personas mayores de 65 años; el 30% de las personas mayores que son hospitalizadas por la gripe o sus complicaciones ingresa en UCI. Los principales factores de riesgo son la EPOC, la enfermedad cardiovascular y la diabetes, mientras que la complicación más importante es la neumonía (66%). La mortalidad por gripe y neumonía supone el 2,2% de todas las defunciones en nuestro país, de las que el 83% se dan en mayores de 75 años. Y todo esto a pesar de que la eficacia de la vacunación antigripal ha sido demostrada mediante ensayos clínicos y estudios observacionales. La vacuna contra la gripe es coste-efectiva para: disminuir la enfermedad en sujetos sanos menores de 65 años, y para reducir las complicaciones, las hospitalizaciones y las muertes en los mayores de 65 años; especialmente en los pacientes con procesos crónicos subyacentes (18, 62).

El 5,5% de los pacientes que no recibieron vacunación antigripal tuvieron un episodio



de gripe, lo que representa un riesgo 3-4 veces mayor que la que cabría deducir de las tasas de incidencia en la población mayor de 65 años.

Dado que el nivel de conocimientos y la opinión de la población acerca de la vacuna antigripal son aceptables, como demuestra el estudio de Tuells et al (23), la mejora continua de la cobertura pasa por la implementación de estrategias y programas más persuasivos e imaginativos.

En cuanto a la actuación preventiva frente al neumococo, se realizó vacunoterapia en el 26% de los casos, cobertura que se sitúa entre la mostrada por el estudio de Truells et al (18%) (23%) y la de otros estudios que muestran coberturas vacunales contra la infección neumocócica cercanos al 45% (Vila et al) (63). La cobertura fue un 56% más elevada entre los médicos de residencia que entre los médicos de hospital.

La neumonía es la primera causa de muerte de etiología infecciosa en mayores de 65 años, situándose entre las primeras causas de mortalidad global y de hospitalización en este segmento de población (1, 11). Las tasas de incidencia de neumonía de la enfermedad son muy variables de unos estudio a otros, aunque lo que sí parece claro es que puede ser hasta 3-5 veces superior en los individuos de más edad en relación a la población adulta, siendo la segunda infección más frecuente, tras la gripe, en este segmento etario (11, 12, 64, 65). Aproximadamente la mitad de neumonías de la comunidad requiere ingreso hospitalario y la mitad de los casos totales de neumonía atendidos en un hospital corresponden a la población geriátrica; por otra parte, la incidencia de bacteriemia neumocócica se multiplica por 3 en la población mayor (11, 12, 64- 66).

El neumococo (*Streptococcus pneumoniae*) es el principal responsable de la neumonía y de la meningitis en el adulto y, asimismo, también constituye uno de los principales gérmenes involucrados en las infecciones adquiridas en la comunidad, representando en este momento un considerable problema de salud pública, dado el rápido incremento de cepas resistentes a las penicilinas experimentado en las últimas décadas (1, 11). En España, el porcentaje de cepas resistentes de *S. pneumoniae* a



penicilina en el anciano es superior al 32%, siendo los principales factores de riesgo de resistencia el tratamiento previo con antibióticos betalactámicos, la hospitalización reciente, la inmunodepresión grave y el deterioro clínico y nutricional (11, 12, 65).

La comorbilidad de este tipo de infección en personas mayores de 60 años es muy frecuente: enfermedades respiratorias crónicas 45%, enfermedad cardiovascular 34%, cáncer 23% y diabetes 18% (67).

El 2,6% de los pacientes que no habían recibido vacunación antineumocócica en el último año presentaron un episodio infeccioso, que, en 1 de cada 3 casos, se produjo tras un episodio de gripe, lo que demuestra la clara implicación de la infección neumocócica como una de las principales complicaciones de la gripe. Este porcentaje se sitúa a caballo entre los que pueden deducirse de la incidencia de la infección neumocócica en la población mayor no institucionalizada (1,4%), la institucionalizada (3,0%) y la que presenta un mayor riesgo, bien por la edad más avanzada o por otras situaciones que conllevan un mayor deterioro funcional (5,0%) (65). No obstante, hay que tener en cuenta que parte de los pacientes a los que hace referencia el estudio podían estar vacunados con anterioridad al último año y mostrar todavía un buen grado de protección contra la infección neumocócica.

La vacunación antineumocócica en mayores de 65 años con enfermedades crónicas y/o inmunodeprimidos está recomendada por los más importantes organismos internacionales, como los CDC de Atlanta y Sociedades científicas y organismos públicos nacionales (18, 66-70). Un buen número de comunidades autónomas incluyen la vacunación sistemática a la población mayor de 65 años, haciéndola coincidir en algunos casos con la vacunación antigripal con la finalidad de mejorar la cobertura de ambas vacunas. Además de los efectos beneficiosos que la vacunación tiene sobre la salud de los pacientes, también resulta coste-efectiva en la reducción de la morbimortalidad de la infección neumocócica invasiva (67, 68). Por su parte, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) recomienda especialmente la vacunación antineumocócica en los fumadores activos,



independientemente de la presencia de comorbilidades u otras situaciones de riesgo. A pesar de los avances realizados en los últimos años, las coberturas globales frente al neumococo en mayores de 65 años en España están todavía alejadas de las de otros países desarrollados (71, 72), con coberturas que llegan a 7 de cada 10 personas mayores de 65 años y a 8 de cada 10 personas mayores de 75 años, como es el caso del Reino Unido (72), por lo que se debe seguir insistiendo en la vacunación antineumocócica y sus beneficios derivados.

Dado que el mayor volumen del gasto sanitario se produce durante los últimos años de vida, tanto desde la atención especializada como desde la atención primaria de salud se ha de estar muy vigilantes para que las enfermedades prevenibles no añadan un mayor deterioro de la calidad de vida del paciente y un mayor gasto, prevenible también, al Sistema Nacional de Salud.

## **CONCLUSIONES**

A pesar de la amplia búsqueda realizada en las bases de datos disponibles, no se ha encontrado un estudio con las características del Proyecto DAPME, por lo que constituye un planteamiento singular en la investigación sociosanitaria acerca de la atención preventiva al paciente mayor en España.

En el estudio han participado 420 geriatras o médicos que realizan atención geriátrica en diferentes tipos de centros sanitarios, mayoritariamente en hospitales (45,9% de la muestra) o residencias (44,6% de la muestra). La base de datos para el reclutamiento de los médicos participantes fue facilitada por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Los médicos participantes han facilitado sus opiniones en relación a las dos últimas consultas realizadas, lo que supone disponer de datos relativos a 840 consultas. Ello implica un error muestral del 3,45% para un margen de confianza del 95,5%, mostrando el estudio significación estadística a nivel nacional, pero no para las diferentes CCAA o provincias.

Los resultados del estudio arrojan una media de edad de los pacientes protagonistas



de las últimas consultas de 84 años, siendo esta edad superior para los cuestionarios procedentes de los médicos de residencias que los procedentes de los médicos de centros hospitalarios. 2 de cada 3 pacientes objeto de consulta fueron mujeres, las cuales presentaron una media de edad algo más alta que la del varón. Más de la mitad de los pacientes estaban en situación de viudedad (62% en el caso de la mujer) y 2 de cada 3 se encontraban en situación de dependencia.

Las demencias (incluidas las de tipo Alzheimer y no Alzheimer), los procesos infecciosos y el dolor fueron los diagnósticos que provocaron el mayor número de consultas. La agrupación de los distintos específicos permite concluir que las enfermedades neurológicas, con 1 de cada 5 consultas, fueron las más frecuentes, seguidas de las del aparato locomotor, enfermedades respiratorias y patología del aparato circulatorio, lo que pone de manifiesto el avance de las enfermedades neurodegenerativas entre la población mayor. La intervención terapéutica con carácter paliativo/curativo estuvo presente, de una u otra manera, en la inmensa mayoría de las actuaciones realizadas.

Las demencias, las cardiopatías, la HTA, la EPOC, la diabetes, la osteoporosis y los procesos tumorales de cualquier tipo fueron los principales diagnósticos referidos como enfermedad de base. Agrupados por áreas, las enfermedades cardiovasculares, seguidas de las del sistema nervioso, lo que demuestra que una buena parte de las consultas realizadas lo fue por otro motivo distinto al de la enfermedad de base.

Prácticamente en el 85% de los casos se refirió la existencia de alguna otra patología asociada. Entre ellas destacan la HTA, la diabetes, la enfermedad cardíaca y la demencia. Entre los pacientes que presentaban enfermedades asociadas la media fue de 1,6, destacando la presentación conjunta de distintos factores de riesgo cardiovascular. La agrupación por áreas permite plantear que las enfermedades cardiovasculares, con 1 de cada 3-4 casos, fueron las más frecuentes, seguidas de las del sistema endocrino, sistema nervioso y aparato locomotor. Casi la mitad de los pacientes presentaba una enfermedad asociada y 1 de cada 3, dos o más.





En más de  $\frac{1}{4}$  parte de las consultas no se realizaron recomendaciones de hábitos saludables por 3 de cada 4 en las que sí se realizaron, siendo más común este comportamiento entre los médicos hospitalarios que entre los que ejercen en residencia. La promoción de hábitos saludables y las recomendaciones dietéticas fueron mucho más frecuentes que los consejos sobre el ejercicio físico y la prevención de hábitos tóxicos.

Según la opinión de los médicos encuestados, en el 6,5% de las consultas se realizaron actuaciones preventivas del tipo de la vacunación, siendo más frecuentes entre los médicos de residencia (7,4%) que entre los médicos de hospitales (3,7%). Este porcentaje puede correlacionarse con la fecha de realización del estudio (finales de invierno y principios de la primavera) fuera del calendario habitual anual de vacunación. Las actuaciones preventivas frente a la gripe (92,6%) y frente al neumococo (27,8%) fueron las más relevantes.

En casi 3 de cada 4 casos de los médicos que no realizaron actuaciones preventivas del tipo de la vacunación durante la consulta, sí refirieron haberlas realizado en el último año, si bien entre los médicos de residencia el porcentaje llegó hasta el 86% frente a poco más del 59% entre los médicos hospitalarios. La vacunación antigripal estuvo presente en casi el 99% de los casos en los que se realizó actuación preventiva, mientras que la antineumocócica lo estuvo en casi el 30% y la antitetánica en el 6%.

Teniendo en cuenta los datos acumulados de vacunación realizada durante la consulta y a lo largo del último año, puede decirse que los médicos refirieron de forma espontánea haber realizado vacunación contra la gripe en el 72% de los casos, contra la infección neumocócica en el 21% y antitetánica en el 4%.

La respuesta frente a la pregunta específica de actuación preventiva frente a la gripe durante el último año arroja un porcentaje algo superior al de la respuesta espontánea: 78,2% de los casos, porcentaje que llega casi al 90% para los médicos de residencia y de casi el 66% para los de centros hospitalarios. En la inmensa mayoría de los casos la actuación fue la vacunoterapia, lo que indica que ésta se llevó a cabo en el



74,4% del total de los casos, porcentaje algo superior al que muestra el seguimiento a escala nacional llevado a cabo por el Gripómetro y que se sitúa muy cercano al objetivo del 75% señalado por la OMS.

De acuerdo con la opinión de los médicos, el 5,5% de los pacientes no vacunados durante el último año contra la gripe padeció algún episodio de la enfermedad, lo que supone multiplicar por 4 la incidencia de la enfermedad en el segmento de población mayor de 65 años.

La respuesta frente a la pregunta específica de actuación preventiva frente a la infección neumocócica durante el último año plantea un porcentaje del 29,1%, siendo los médicos de residencia más activos (35,5%) que los que ejercen en hospitales (22,7%). Como en el caso de la gripe, en la inmensa mayoría de los casos, la actuación preventiva fue la vacunoterapia. Por tanto, puede decirse que la vacunoterapia frente a la infección neumocócica se realizó en el 26% de los casos según la respuesta específica y en el 21% de acuerdo con la respuesta espontánea dada por los médicos.

Según la opinión de los médicos participantes en el estudio, en el 2,6% de los pacientes no vacunados contra la infección neumocócica durante el último año se produjo un episodio de la enfermedad, el cual tuvo lugar en 1 de cada 3 casos tras un episodio de gripe. Este relativo bajo porcentaje puede relacionarse con el hecho de que muchos pacientes sí estaban vacunados de años anteriores y el hecho de que la protección de la vacuna puede durar de 3 a 5 años.

Aunque el estudio no da cuenta de la “cobertura global acumulada”, sí parece aconsejable seguir insistiendo, tanto en la atención primaria como en la especializada, en las ventajas de lograr cada año coberturas más amplias, con el objetivo de lograr el nivel alcanzado en otros países de nuestro entorno.

## **RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

1. Las demencias, los procesos infecciosos y el dolor fueron los motivos de consulta más frecuentes tanto a nivel hospitalario como institucionalizado,



mientras que las demencias, las cardiopatías, la HTA, la EPOC, la diabetes, la osteoporosis y los procesos tumorales fueron los principales diagnósticos referidos como enfermedad de base. Casi la mitad de los pacientes presentaba una enfermedad asociada y 1 de cada 3, dos.

2. En 3 de cada 4 consultas se realizaron recomendaciones de estilos de vida saludables, siendo la promoción de hábitos saludables y las recomendaciones dietéticas mucho más frecuentes que los consejos sobre ejercicio físico y prevención de hábitos tóxicos.
3. En el 6,5% de las consultas se realizaron actuaciones preventivas del tipo de la vacunación, siendo más frecuente este comportamiento entre los médicos de residencia que entre los médicos de hospital.
4. En 3 de cada 4 casos se realizó algún tipo de actuación preventiva del tipo vacunación durante el último año, siendo este comportamiento significativamente más frecuente entre los médicos de residencia que de hospital. La actuación frente a la gripe fue la intervención más frecuentemente realizada, seguida a gran distancia por la vacunación antineumocócica y la antitetánica.
5. En relación a la actuación preventiva específica ante la gripe, los resultados muestran un porcentaje muy cercano al objetivo señalado por la OMS (75%) y algo superior a las cifras que muestran los últimos datos de seguimiento a nivel nacional. Seguramente esta progresiva mayor cobertura sea consecuencia de las amplias campañas de concienciación a la población y a los profesionales sanitarios realizadas durante los últimos años.
6. De acuerdo con la opinión de los médicos, la vacunación específica frente al neumococo se había realizado en 1 de cada 4-5 casos, cifra alejada de la deseable en la población geriátrica, en la que la prevalencia e incidencia de la morbimortalidad por infección neumocócica o sus consecuencias aumenta considerablemente.



7. En 1 de cada 3 casos de infección neumocócica, ésta se produjo tras un episodio gripal, lo que hace recomendable la vacunación conjunta frente a la gripe y al neumococo para reducir la morbimortalidad y las tasas de hospitalización, que siguen incrementándose año tras año.
8. Por tanto, todavía es mucho lo que queda por hacer en el terreno de la vacunación contra la infección neumocócica, dado el papel relevante de esta enfermedad en la población de más edad y la constatación del coste/efectividad de la vacunoterapia, especialmente en fumadores activos y en otros grupos de riesgo de este segmento de población.
9. Se debe seguir trabajando de forma imaginativa en programas de información a la población y formación activa a los médicos en la mejora de la atención preventiva general a los pacientes geriátricos, así como en la cobertura vacunal específica contra el neumococo.
10. Por otra parte, es necesario plantear el abordaje integral del paciente mayor, dado que se trata de un paciente pluripatológico y polimedicado, con todo lo que ello lleva consigo. En este sentido, la atención geriátrica es clave para la mejora de la calidad asistencial, de la calidad de vida de los pacientes y de la calidad de los tratamientos.
11. La recomendación de hábitos saludables, sobre todo en lo que se refiere a la realización de ejercicio físico regular adaptado a las circunstancias personales de cada paciente, debe formar parte de los programas de actuación preventiva en los mayores de 65 años. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son herramientas muy útiles para ayudar a los profesionales sanitarios a la toma de decisiones clínicas en base a la cada vez mayor cantidad de evidencia científica disponible.
12. Se debe aprovechar la oportunidad que brindan las consultas geriátricas en general para recabar información acerca del seguimiento de estilos de vida saludables y la situación vacunal de las personas mayores y, en base a ello,



tomar decisiones en caso de detectar deficiencias tanto en el seguimiento de hábitos de salud aconsejables como en la protección vacunal, especialmente en lo que se refiere a gripe, neumococo y tétanos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Álvarez M, Benítez MA, Espinosa JM, Gorroñoitía A, Martín I, Muñoz F, Portillo J, Regato P. Programa del Anciano. Valoración geriátrica. En Landa J (coord.). Programas Básicos de Salud Semfyc. Madrid: Doyma, 2003.
- 2) Abellán A, Esparza C. Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes portal Mayores, nº 127. Disponible en: <http://www.wimersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos11.pdf>
- 3) Delgado M. La construcción social de la vejez. Jano, 2002; LXIV (1471): 1402-1407.
- 4) Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es>).
- 5) Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Las personas mayores en España. Informe 2004, vol 1. Madrid: Secretaría General de Asuntos Sociales (IMSERSO), 2004.
- 6) Espinosa JM. El anciano en atención primaria. Aten Primaria 2000; 26: 515-516.
- 7) Vaqué J. Infecciones nosocomiales en personas mayores. Med Clin (Barc) 2001;413-415.
- 8) Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel CK. Envejecimiento de la especie humana. Investigación y Ciencia (ed. esp.) 1993; 201:8-15.
- 9) Hanson LC. Infections among the elderly. En Thomas JC, Weber DJ (eds).



- Epidemiologic methods for the study of infectious diseases. Oxford: Oxford University Press 2001; 394-403.
- 10) Hidalgo A (coord). Estudio de las pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por mayores, frente a la viabilidad financiera del sistema de salud. Madrid: Fundación Pfizer, 2011.
  - 11) Sociedad Española de Quimioterapia. Documentos SEQ. Uso de los antibióticos orales en Geriátría. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, SL, 2007.
  - 12) Picazo JJ. Neumonía en el anciano. En Prieto J (ed). Guía de medicina y práctica clínica. Infección respiratoria en el anciano. Madrid: Ediciones Doyma SA 1997: 40-52.
  - 13) Ribera JM. Nonagenarios: del nihilismo medico al qué hacemos con ellos. Med Clin (Barc) 2000; 115: 697-698.
  - 14) Domínguez V. Aspectos médicos y sociales del envejecimiento. En Prieto J (ed). Guía de medicina y práctica clínica. Farmacoeconomía e infección en el anciano. Madrid: Ediciones Doyma SA 1998: 7-21.
  - 15) García JA, Ribera JM. Aspectos clínicos de las infecciones en el paciente geriátrico. En Prieto J (coord). Guía de medicina y práctica clínica. Infección respiratoria en el anciano. Madrid: Ediciones Doyma SA 1997: 5-22.
  - 16) Portera A. Envejecimiento, hoy. En Portera A, González F. Envejecimiento, ciencia y arte. Madrid: Círculo Médico 1999.
  - 17) Laín P. La empresa de envejecer. Barcelona: Galaxia Gutenberg SA 2001.
  - 18) Casas I, Cisterna R, García-Sicilia J, Gil de Miguel A, Marés J, Redondo E. En Evidencia científica en el valor de las vacunas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Organización Médica Colegial. Madrid: IMC, 2011.
  - 19) García N. Encuesta epidemiológica acerca del comportamiento de los médicos españoles en la utilización de antimicrobianos en Geriátría. Estudio



- comparativo con las diferentes guías terapéuticas. Análisis del comportamiento vs actitudes. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca, 2004.
- 20) García J (coord). Informe acerca del uso racional de los antimicrobianos en Geriatría. Documento de Consenso GRUPO URANO. Madrid: Scientific Communication Management (Ediciones Doyma SL) 2002.
- 21) Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Guía Práctica de la Ley de Dependencia. Madrid: IMC, 2011.
- 22) Tuells J, Caballero E, Montagud E, Nolasco A. Conocimiento sobre la inmunización en adultos mayores de 64 años: actitud hacia las vacunas frente a gripe, neumococo y tétanos. *Vacunas* 2010; 11 (1): 3-8.
- 23) Artaso I, Goñi A, Gómez AR. Deterioro funcional del paciente con demencia: influencia del grado de deterioro cognitivo, la comorbilidad física y las alteraciones neuropsiquiátricas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (4): 210-215.
- 24) Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45 (4): 219-228.
- 25) Sierra A, López-Soto, Coca A. La hipertensión arterial en la población anciana. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43 (supl 2): 53-59.
- 26) Encuesta Nacional de Salud, 2006. Disponible en:  
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadistica/encuestaNacional/encuesta2006.htm>.
- 27) RGP of Ontario. Organization Design for Geriatrics: An Evidence Based Approach. 2008.
- 28) Regidor E, Gutierrez Fissac JL. Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid, España: Ministerio Sanidad y Política Social, 2010.



- 29) INE. Inebase: Encuesta de morbilidad hospitalaria, 2009. Disponible en: <http://www.ine.es>
- 30) Wong CY, Chaudhry SI, Desai MM, Krumholz HM. Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure. *Am J Med* 2011; 124 (2): 136-43.
- 31) Cizza G, Primma S, Coyle M, Gourgiotis L, Csako G. Depression and osteoporosis: a research synthesis with meta-analysis. *Horm Metab Res* 2010; 42 (7): 467-82.
- 32) Profenno LA, Porsteinsson AP, Faraone SV. Meta-analysis of Alzheimer's disease risk with obesity, diabetes, and related disorders. *Biol Psychiatry* 2010; 67 (6): 505-12.
- 33) Fernandez-Berges D, Cabrera de LA, Sanz H, Elosua R, Guembe MJ, Alzamora M, et al. Metabolic Syndrome in Spain: Prevalence and Coronary Risk Associated With Harmonized Definition and WHO Proposal. DARIOS Study. *Rev Esp Cardiol* 2012; 65 (3): 241-8.
- 34) Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, Di AE, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet* 2010; 375 (9733): 2215-22.
- 35) Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004; 69 (10): 2375-82.
- 36) Fry AM, Shay DK, Holman RC, Curns AT, Anderson LJ. Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States, 1988-2002. *JAMA* 2005; 294 (21): 2712-9.
- 37) Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, de SG, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010; 121 (7): 948-54.
- 38) Corrales-Medina VF, Suh KN, Rose G, Chirinos JA, Doucette S, Cameron DW, et





- al. Cardiac complications in patients with community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Med* 2011; 8 (6): e1001-048.
- 39) Braunstein JB, Anderson GF, Gerstenblith G, Weller W, Niefeld M, Herbert R, et al. Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42 (7): 1226-33.
- 40) Lesman-Leegte I, Jaarsma T, Coyne JC, Hillege HL, Van Veldhuisen DJ, Sanderman R. Quality of life and depressive symptoms in the elderly: a comparison between patients with heart failure and age- and gender-matched community controls. *J Card Fail* 2009; 15 (1): 17-23.
- 41) Martínez Velilla NI, Gaminde Inda I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)* 2011; 136 (10): 441-6.
- 42) Jiménez- Beatty JE. La demanda de servicios de actividad física en las personas mayores. Tesis Doctoral. Universidad de León, 2002.
- 43) Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Whashington: OMS, 2002
- 44) Organización Mundial de la Salud y European Group for Research into the Elderly and Physical Activity. Las directrices de Heidelberg para promover la actividad física entre las personas mayores. Versión española realizada por el Consejo superior de Deportes. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2004
- 45) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Guía práctica y Protocolos de Actuación. Vacunación en Adultos y Mayores. International Marketing & Communication S.A., 2012.
- 46) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Estándares de Calidad en Geriatria. International Marketing & Comunication SA, 2007.



- 47) Mayo E, Hernández V, Sierra MJ, Pachón I, Gil de Miguel A et al. Evaluación de las coberturas vacunales antigripales entre 1993 y 2001 en España. Análisi por Comunidades Autónomas. Rev Esp Salud Publica 2004; 78: 481-492.
- 48) De Andrés AL, Garrido PC, Hernández-Barrera V, Del Pozo SV, De Miguel AG, Jiménez-García R. Influenza vaccination among the elderly spanish population: trend from 1993 to 2003 and vaccination related factors. Eur J Public Health 2007; 17: 272-277.
- 49) Gripómetro. Disponible en: <http://www.gripometro.es>
- 50) Schwarz H, Ortuño JL, Lathur A, Pedrera V, Orozco D, Gil V. ¿Podemos mejorar las tasas de vacunación antigripal en los ancianos con enfermedades crónicas? Aten Primaria 2005; 35 (4): 178-184.
- 51) Mereckiene J, Cotter S, Weber JT, Nicoll A, Lévy-Bruhk D, Ferro A et al. Low coverage of seasonal influenza vaccination in the elderly in many European countries. Euro Surveill 2008; 13 pii:19001.
- 52) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011 26; 60 (33): 1128-32. PubMed PMID: 21866086.
- 53) Thompson WW, Shay DK, Weintraub et al. Influenza-associated hospitalizations in the United States. JAMA 2004; 292: 1333-40.
- 54) Instituto de Salud Carlos III. Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria y sistema de información microbiológica. España. Año 2010. Accesible en: <http://revistas.isciii.es/bes/index.php/bes/article/view/311/324> Acceso 20/04/12
- 55) López-Perea N, Simón Méndez L, López-Cuadrado T, Larrauri Cámara A, de Mateo Ontañón S. Estimación de la mortalidad atribuible a gripe estacional en España. Temporadas 1980-2008. Boletín Epidemiológico Semana 2011; 19: Semanas 32-33



- 56) Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB, Mullooly JP, Hak E. Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. *N Engl J Med* 2007; 357: 1373-81.
- 57) Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, et al. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: *JAMA* 2000; 284: 1655-63
- 58) Hak E, Buskens E, van Essen GA, et al. Clinical effectiveness of influenza vaccination in persons younger than 65 years with high-risk medical conditions: the PRISMA study. *Arch Intern Med* 2005; 165): 274-80
- 59) Vila-Córcoles A, Rodríguez T, de Diego C, , et al. Effect of influenza vaccine status on winter mortality in Spanish community-dwelling elderly people during 2002-2005 influenza periods. *Vaccine*. 2007; 25: 6699-707.
- 60) World Health Organization. Resolution of the World Health Assembly (WHA 56.19). Prevention and control of influenza pandemics an annual epidemics. WHA 10<sup>th</sup> plenary meeting. 28-5-2003. Ref type: Bill/Resolution.
- 61) Michel JP, Chidiac C, Grubeck-Loebenstein B, Johnson RW, Lambert PH, Maggi S et al. Coalition of advocates to vaccinate of Western european citizens aged 60 and older. *Aging Clin Exp Res* 2009; 21: 254-257.
- 62) Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB, Mullooly JP, Hak E. Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. *N Engl J Med* 2007 Oct 4; 357 (14): 1373-81.
- 63) Vila A, Ochoa O, Ester F, Noguera I, Sarin N. EVAN-65, Grupo de Estudio. ¿Tenemos en cuenta el nivel de riesgo de los pacientes para prescribir la vacunación antineumocócica? *Semergen* 2006; 32: 433-436.
- 64) Vaqué J, Roselló J y Grupo de Trabajo EPINE. Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles, 1990-1999. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 2001.
- 65) Bonilla AB, Gómez MJ, Robles F, Vilata E, Pedreira C. Neumonía en el anciano



- institucionalizado: criterio de derivación clínica y/o clasificación pronóstica. *An Med Interna* 2003; 20: 558-562.
- 66) Bárcena M, Jiménez M, Sabio F, Eirós JM. Guía de Buena Práctica Clínica en Infecciones de Vías Respiratorias Bajas. Ministerio de Sanidad y Consumo y Organización Médica Colegial. Madrid: IMC, 2008.
- 67) Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine. Position statement 7. Revision Number 2, Immunisation of Older People 2011.
- 68) Center for Disease Control and Prevention Updated Recommendations for Prevention of Invasive Pneumococcal Disease Among Adults Using the 23-Valent Pneumococcal Polysaccharide Vaccine, 2010.
- 69) Nichol KL, Baken L, Wuorenma J, Nelson A. The health and economic benefits associated with pneumococcal vaccination of elderly persons with chronic lung disease. *Arch Intern Med* 1999; 159 (20): 2437-42.
- 70) Centers for Disease Control and Prevention. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, *Streptococcus pneumoniae*. 2009.
- 71) Adult vaccination coverage. United States, 2010. *MMWR* 2012; 4: 66-72.
- 72) Begum F, Pebody R. Pneumococcal polysaccharide vaccine (PPV) uptake summary report. Data Collection for England (survey year 2012). Health Protection Agency (HPA). Department of Health (DH). DH ImmForm website.



CÓDIGO

# PROYECTO DAPME

## Un Día en la Atención Preventiva al Paciente Mayor en España

Un Día en la Atención Preventiva al Paciente Mayor en España (DAPME) es un programa de investigación sociosanitaria promovido por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), cuyo objetivo es conocer el día a día en la asistencia preventiva a los pacientes mayores, con el fin de obtener una "radiografía" precisa de la misma y, a partir de ella, proponer estrategias para mejorar la eficiencia y la calidad asistencial.

Doctor, su participación es clave para el adecuado desarrollo del Proyecto, por lo que le pedimos su colaboración, dedicando unos pocos minutos de su tiempo a la cumplimentación de este sencillo cuestionario, absolutamente anónimo.

Por favor, piense en las 2 últimas consultas realizadas y procure contestar a todas las preguntas que se formulan a continuación. No debe llevarle más de 10 minutos. Muchas gracias por su inestimable colaboración.

### Cuestionario a cumplimentar por el participante

**Centro de trabajo del médico participante**

Hospital  Residencia  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

#### 1. Datos individuales del paciente mayor

CONSULTA 1	CONSULTA 2
1.1 Edad (años): <input type="text"/> <input type="text"/>	1.1 Edad (años): <input type="text"/> <input type="text"/>
1.2 Sexo: hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/>	1.2 Sexo: hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/>
1.3 Situación personal: soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>	1.3 Situación personal: soltero/a <input type="checkbox"/> casado/a <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>
1.4 Situación de dependencia: dependiente Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	1.4 Situación de dependencia: dependiente Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

#### 2. Motivo de consulta

CONSULTA 1	CONSULTA 2
2.1 ¿Cuál fue el principal motivo de consulta? Especificar: _____	2.1 ¿Cuál fue el principal motivo de consulta? Especificar: _____
2.2 Actuación frente al motivo de consulta: administrativa <input type="checkbox"/> diagnóstica <input type="checkbox"/> terapéutica <input type="checkbox"/>	2.2 Actuación frente al motivo de consulta: administrativa <input type="checkbox"/> diagnóstica <input type="checkbox"/> terapéutica <input type="checkbox"/>
2.2.1 En caso de terapéutica: preventiva <input type="checkbox"/> paliativa/curativa <input type="checkbox"/>	2.2.1 En caso de terapéutica: preventiva <input type="checkbox"/> paliativa/curativa <input type="checkbox"/>

#### 3. Determinación de comorbilidad y tipos

CONSULTA 1	CONSULTA 2
3.1 Patología de base. Especificar: _____	3.1 Patología de base. Especificar: _____
3.2 Actuación frente a la patología de base. Especificar: _____	3.2 Actuación frente a la patología de base. Especificar: _____



3.3 Existencia de patología/s asociada/s: Sí  NO

En caso afirmativo, especificar la comorbilidad:

3.4 Actuación frente a la patología asociada/s.

Especificar: \_\_\_\_\_

3.3 Existencia de patología/s asociada/s: Sí  NO

En caso afirmativo, especificar la comorbilidad:

3.4 Actuación frente a la patología asociada/s.

Especificar: \_\_\_\_\_

#### 4. Recomendaciones sobre hábitos de vida saludables

##### CONSULTA 1

4.1 Durante la consulta hizo recomendaciones al paciente sobre estilos de vida saludables: Sí  NO

4.2 En caso afirmativo, por favor especifique:

Medidas dietéticas  Ejercicio físico regular

Prevención de hábitos tóxicos

Promoción de hábitos saludables

##### CONSULTA 2

4.1 Durante la consulta hizo recomendaciones al paciente sobre estilos de vida saludables: Sí  NO

4.2 En caso afirmativo, por favor especifique:

Medidas dietéticas  Ejercicio físico regular

Prevención de hábitos tóxicos

Promoción de hábitos saludables

#### 5. Realización de Actuaciones Preventivas

##### CONSULTA 1

5.1 Realizó alguna Actuación Preventiva de tipo Vacunación durante la consulta: Sí  NO

5.1.1 En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

5.1.2 En caso negativo. ¿Y la ha realizado a lo largo del último año?: Sí  NO

5.1.2.1 En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

##### CONSULTA 2

5.1 Realizó alguna Actuación Preventiva de tipo Vacunación durante la consulta: Sí  NO

5.1.1 En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

5.1.2 En caso negativo. ¿Y la ha realizado a lo largo del último año?: Sí  NO

5.1.2.1 En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

#### 6. Actuación frente a enfermedades respiratorias de especial importancia en el paciente mayor

##### CONSULTA 1

6.1 Durante el último año ha realizado algún tipo de actuación preventiva en relación a la gripe:

SÍ  En este caso, ¿qué tipo de actuación preventiva realizó?:

No farmacológica  Farmacológica  Vacunoterapia

NO  En este caso, ¿el paciente ha sufrido algún episodio de gripe en el último año?:

SÍ  NO

6.2 Durante el último año ¿ha realizado algún tipo de actuación preventiva en relación a la infección neumocócica?:

SÍ  En este caso, ¿qué tipo de actuación preventiva realizó?:

No farmacológica  Farmacológica  Vacunoterapia

NO  En este caso, ¿el paciente ha sufrido algún episodio de infección neumocócica en el último año?:

SÍ  NO

↳ El episodio de infección neumocócica se produjo tras un episodio gripal:

SÍ  NO

##### CONSULTA 2

6.1 Durante el último año ha realizado algún tipo de actuación preventiva en relación a la gripe:

SÍ  En este caso, ¿qué tipo de actuación preventiva realizó?:

No farmacológica  Farmacológica  Vacunoterapia

NO  En este caso, ¿el paciente ha sufrido algún episodio de gripe en el último año?:

SÍ  NO

6.2 Durante el último año ¿ha realizado algún tipo de actuación preventiva en relación a la infección neumocócica?:

SÍ  En este caso, ¿qué tipo de actuación preventiva realizó?:

No farmacológica  Farmacológica  Vacunoterapia

NO  En este caso, ¿el paciente ha sufrido algún episodio de infección neumocócica en el último año?:

SÍ  NO

↳ El episodio de infección neumocócica se produjo tras un episodio gripal:

SÍ  NO







