



ORIGINAL

Consejo y prevención a pacientes mayores en hospitales y residencias geriátricas en España



Clara Maestre-Miquel^{a,*}, Carmen Figueroa^b, Juana Santos^b, Paloma Astasio^b y Pedro Gil^{b,c}

^a Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Universidad de Castilla-La Mancha, Talavera de la Reina, Toledo, España

^b Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

^c Departamento de Geriátrica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 11 de junio de 2014; aceptado el 25 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 23 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Ancianos;
Comorbilidad;
Dependencia;
Prevención;
Estilo de vida

Resumen

Objetivos: Conocer el perfil sociosanitario de los pacientes mayores atendidos en consultas; conocer las acciones preventivas que se llevan a cabo, de forma rutinaria, en hospitales, residencias geriátricas y otros centros asistenciales en España.

Diseño: Estudio descriptivo transversal, basado en un cuestionario a médicos que atienden a población mayor de 65 años en España (2013).

Emplazamiento: Centros de diferentes comunidades autónomas en España.

Participantes: Un total de 420 médicos de hospitales, residencias y otros centros. Se obtuvieron datos de 840 consultas a pacientes geriátricos.

Mediciones principales: Variables principales de resultados: dependencia, comorbilidad, motivo de consulta, actuación en consulta y recomendación de estilos de vida saludable. Factor asociado, tipo de institución en la que se atendió al paciente. Análisis de prevalencias y diferencias con Chi-cuadrado.

Resultados: El 66,7% presentaban dependencia, siendo mayor entre las mujeres: 68,9% vs 62,4% ($p = 0,055$). El 88,6% de mujeres atendidas con 85 o más años presentaban comorbilidad, mientras que en hombres de ese mismo grupo de edad eran un 79,8%. Solo un 6,6% de pacientes con comorbilidad recibieron recomendaciones saludables durante la consulta. El 79,6% de pacientes atendidos en hospitales recibieron recomendaciones de estilo de vida saludable, mientras que en las residencias geriátricas las recibieron el 59,62% de los pacientes ($p < 0,001$).

Conclusiones: Se detecta una escasa acción preventiva y de promoción de la salud hacia las personas mayores, con diferencias entre hospitales y residencias geriátricas. Parece necesario incentivar la actitud promotora de salud y las intervenciones preventivas en la práctica clínica gerontológica.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: clara.maestre@uclm.es, claramaestre@yahoo.es (C. Maestre-Miquel).

KEYWORDS

Elderly;
Comorbidity;
Dependence;
Prevention;
Lifestyle

Counseling and preventive action in elderly population in hospitals and residences in Spain**Abstract**

Objective: To establish the profile of elderly patients, and to assess current preventive actions in hospitals, geriatric residences, and different health-care centres in Spain.

Design: Cross-sectional descriptive study, based on a questionnaire to be answered by doctors who treat the elderly population in Spain (2013).

Setting: Health-care centres from different regions of Spain.

Participants: A total of 420 practitioners from hospitals, residences and other community centres, with data from 840 geriatric clinics.

Main measurements: Main outcome variables are: dependence, reason for assistance, comorbidity, professional consultation, and life style recommendations. Association factor, type of institution where patients have been attended. Analysis of prevalence and association using Chi-squared test.

Outcomes: Two-thirds (66.7%) of the study population were shown to be dependent, with a higher percentage among women than men: 68.9% vs. 62.4% ($P = .055$). It was also found that among the population aged 85 or more, 88.6% of the women and 85.2% of the men suffered comorbidity. In spite of these results, only 6.6% of the patients suffering comorbidity received additional advice concerning healthy-lifestyle. A large majority (79.6%) of the patients treated in hospitals received advice concerning healthy lifestyle, while 59.62% of those treated in nursing homes received it ($P < .001$).

Conclusions: It was observed that there is a lack of preventive action related to health promotion among the elderly, with differences between hospitals and geriatric residences. This suggests that it is time to put forward new specialised programs addressed to health professionals, in order to reinforce health promotion attitudes and preventive interventions in gerontology clinical practice.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La prevención y la promoción de la salud en las personas mayores son tan importantes como en la población joven: mejoran la calidad de vida, reducen la morbimortalidad y deben considerar aspectos como la comorbilidad, la polifarmacia o la edad avanzada¹.

Los profesionales de la salud que atienden a personas mayores se enfrentan a pacientes con situaciones de dependencia, comorbilidad y fragilidad. La proporción de personas con fragilidad es mayor en España que en otros países del norte de Europa². La dependencia afecta al 34,4% de las personas mayores en nuestro país³, y su reducción depende en gran medida de las estrategias de prevención⁴.

La comorbilidad aumenta con la edad y está presente en un amplio número de las personas de 65 años y más, tal y como muestran estudios en nuestro país⁵ y en otros, como el Reino Unido⁶. En un estudio realizado en España⁷ se observó una ratio del 95% en población mayor; por ello las intervenciones sobre el deterioro funcional en adultos mayores deben considerar un conjunto múltiple de factores relacionados con la edad⁸. Una de las demandas principales en consultas son las complicaciones de las enfermedades crónicas, que influyen también en la calidad de vida, los ingresos hospitalarios y la dependencia⁹. La fragilidad está fuertemente asociada al uso de servicios sociosanitarios¹⁰,

por lo que médicos y el resto de personal sanitario juegan un papel importante en la implementación de intervenciones preventivas que reduzcan todos estos problemas y los aborden de forma global.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, junto con otras sociedades científicas, han consensuado un documento¹¹ con las principales recomendaciones sanitarias para prevenir la dependencia en los mayores. El desarrollo de nuevos programas preventivos dirigidos a los mayores puede mejorar sustancialmente su calidad de vida¹², puede tener efectos positivos sobre su adherencia terapéutica, así como beneficios para la familia y los profesionales que los atienden¹³. La promoción de la salud en este colectivo debe constituir un proceso que les capacite para un mayor control sobre su salud¹⁴.

Nicholas¹⁵ afirma que actualmente es el mejor momento de la historia para llevar a cabo estrategias de prevención y promoción de la salud hacia las personas mayores, por varias razones; comparada con otras cohortes, los mayores de 65 en la actualidad están mejor informados y son más proactivos y receptivos a las medidas de prevención.

Los objetivos de este estudio son conocer el perfil socio-sanitario de los pacientes mayores atendidos en consultas y conocer las acciones preventivas que se llevan a cabo, de forma rutinaria, en hospitales, residencias geriátricas y otros centros asistenciales en España.

Material y métodos

Estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario estructurado, basado en las 2 últimas consultas atendidas por cualquier motivo por el geriatra. Se pasaron las encuestas a 580 profesionales médicos que realizan atención geriátrica. Participaron en el estudio 420 geriatras, o médicos que realizan atención geriátrica en diferentes tipos de centros sanitarios, mayoritariamente en hospitales (45%) y residencias para mayores (43,7%). Se obtuvieron datos de un total de 840 consultas (378 realizadas en hospitales, 367 en residencias geriátricas y 95 en otros centros, que incluyen centros de salud, centros de día, consultas privadas).

La base de datos para la selección de los médicos participantes fue facilitada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Para el muestreo se ha considerado que en España hay alrededor de 7.800.000 personas mayores de 65 años, y un total de 1.560 médicos involucrados en la atención geriátrica asociados a la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Se asumió una tasa de no respuestas del 20-25%, un error muestral del 3,5% aproximadamente y un nivel de confianza del 95%. El resultado obtenido es de 840 cuestionarios válidos, remitidos por 420 médicos que realizan atención geriátrica.

Variables principales: situación de dependencia; presencia o ausencia de comorbilidad; principal motivo de consulta (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neuropsiquiátricas, osteoarticulares, diabetes, dolor, otras);

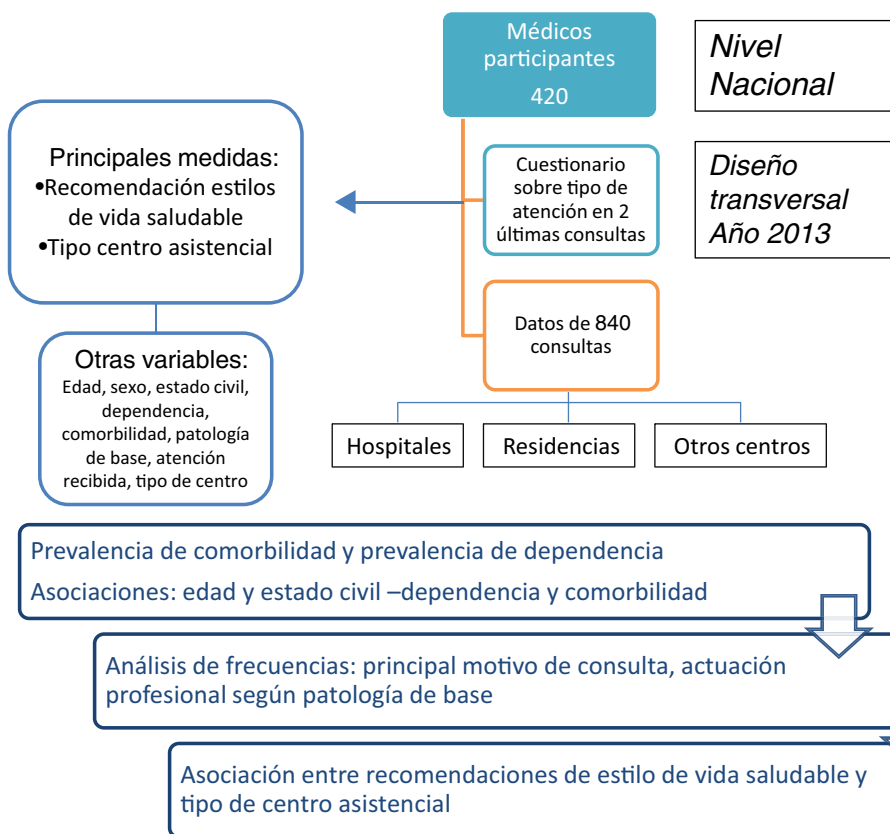
enfermedades de base (cardiovasculares, respiratorias, endocrinas, neuropsiquiátricas, reuma-traumatológicas, oncológicas, renales-urológicas, otras), actuación frente a la patología de base (ninguna, tratamiento médico y/o quirúrgico, traslado a hospital, tratamiento y recomendaciones de estilo de vida saludable, reevaluación y ajuste del tratamiento) y, por último, la recomendación de estilos de vida saludable. En caso afirmativo, se solicitó especificar si estas fueron medidas dietéticas, ejercicio físico regular y/o prevención de hábitos tóxicos.

Variables secundarias: edad, estado civil (casados, frente a viudos/solteros/otros), relativas al perfil de los pacientes mayores.

Como factor de asociación se ha tomado el tipo de institución en la que se atendió a los pacientes (hospital o residencia geriátrica), con independencia del sistema de salud público o privado.

El análisis de datos se ha realizado a través del programa SPSS v19. Se ha calculado la prevalencia de comorbilidad y de dependencia, según sexo y grupos de edad, así como la asociación entre edad-dependencia y edad-comorbilidad, entre situación personal y dependencia, y entre estado civil y comorbilidad. Se ha estimado una confianza del 95%, y como medida de asociación se ha utilizado la prueba del Chi-cuadrado.

Para conocer el tipo de intervenciones preventivas que se llevan a cabo en los centros se ha calculado la distribución de frecuencias del tipo de consultas realizadas y la asociación entre tipos de centro y recomendaciones de estilo de vida.



Esquema general del estudio. Estudio descriptivo mediante encuesta para conocer el perfil sociosanitario de pacientes mayores atendidos en hospitales y centros geriátricos.

Tabla 1 Frecuencia y porcentaje de los grupos de patologías como principal motivo de consulta, según grupos de edad y sexo

Sexo y edad	n	Cardiovascular	Respiratorias	Neuropsiquiátricas	Osteoarticulares	Diabetes	Dolor	Cáncer	Otros
Hombres									
65 a 74 años	35	2 (7,5%)	7 (20%)	2 (5,7%)	3 (8,6%)	3 (8,6%)	10 (28,6%)	0 (0%)	8 (22,9%)
75 a 84 años	115	15 (13,0%)	22 (19,1%)	22 (19,1%)	8 (7%)	2 (1,7%)	7 (6,1%)	4 (3,5%)	35 (30,4%)
85 y mayores	143	19 (13,3%)	33 (23,1%)	24 (16,8%)	6 (4,2%)	23 (1,4%)	4 (2,8%)	6 (4,2%)	49 (34,3%)
Mujeres									
65 a 74 años	32	4 (12,5%)	3 (9,4%)	7 (21,9%)	5 (15,6%)	1 (3,1%)	1 (3,1%)	1 (3,1%)	10 (31,3%)
75 a 84 años									
85 a 84 años	209	22 (10,5%)	23 (21,5%)	49 (34,4%)	28 (13,4%)	15 (11%)	17 (8,1%)	0 (0%)	55 (26,3%)
85 y mayores	289	26 (9%)	48 (16,6%)	54 (18,7%)	31 (10,7%)	4 (1,4%)	10 (3,5%)	3 (1,0%)	113 (39,1%)

Resultados

Se obtuvieron datos de 840 consultas en total, donde se atendió a personas mayores. El 66,7% de la población estudiada presentaba dependencia, siendo mayor entre las mujeres: 68,9% vs 62,4% ($p=0,055$). Se observaron diferencias en la distribución de la dependencia según la edad: en los pacientes menores de 85 años la dependencia fue del 60,3%, mientras que en los de esta edad y mayores fue del 72,6% ($p<0,001$). También se observaron diferencias según el estado civil: entre los casados, el 60,5% eran dependientes, mientras que de los no casados lo eran el 69,5% ($p=0,01$).

Los motivos de consulta más frecuentes fueron: procesos neuropsiquiátricos (19%), afecciones respiratorias (16,4%) y cardiovasculares (11,1%). En los hombres, el principal motivo de consulta fueron las afecciones respiratorias (21,3%); en las mujeres, los problemas neuropsiquiátricos (20,7%). Los principales motivos de consulta fueron diferentes entre los pacientes de 65 a 74 años, los de 75 a 84 años y los de 85 y mayores (tabla 1).

El 88,6% de las mujeres y el 79,8% de los hombres con 85 años o más presentaban comorbilidad ($p=0,019$). No se observaron diferencias significativas ($p=0,93$) entre la presencia de comorbilidad y su situación personal. Las patologías de base más frecuentes fueron: afecciones neuropsiquiátricas (27,1%), cardiovasculares (25,8%), reumatológicas-traumatológicas (12,9%) y respiratorias (11,8%).

Respecto a la actuación de los profesionales en consulta frente a la patología de base, se ha observado que el 83,9% de las consultas fueron de carácter terapéutico, y solo en el 8,8% de ellas se adoptaron acciones preventivas. No se observan en general diferencias significativas entre hospitales y residencias geriátricas. La actuación más frecuente de los profesionales fue el tratamiento medicoquirúrgico (tabla 2), en cuyo caso sí se ha observado una diferencia

Tabla 3 Pacientes que han recibido recomendaciones de estilo de vida saludable, según su patología de base

Patología de base	Frecuencia	% (IC 95%)
Cardiovasculares	199/217	91,7 (88,0-95,3)
Respiratorias	93/99	93,9 (89,1-98,6)
Endocrinas	64/73	87,7 (80,1-95,2)
Neuropsiquiátricas	219/228	96,1 (93,6-98,6)
Reuma-traumatológicas	104/108	96,3 (92,7-99,8)
Oncológicas	28/33	84,8 (72,5-97,0)
Renales-urológicas	20/22	90,9 (78,8-102,9)
Otras	39/40	97,5 (92,6-102,3)

significativa entre la actuación en hospitales (63,2%) vs residencias (78,7%) ($p<0,01$).

Las recomendaciones dietéticas, atendiendo a la comorbilidad, fueron del 76,9% a las mujeres y del 73,4% a los hombres ($p=0,635$); las recomendaciones sobre hábitos de vida saludables fueron del 70,3% a las mujeres y del 78,7% a los hombres ($p=0,272$). Las recomendaciones sobre ejercicio físico regular y prevención de hábitos tóxicos fueron las menos frecuentes, tanto en hombres como en mujeres. La gran mayoría de pacientes mayores con patología de base no recibieron recomendaciones sobre estilo de vida saludable (tabla 3).

Tras el análisis comparativo por centros no se ha observado asociación entre el tipo de centro asistencial y las recomendaciones de los médicos. Tanto en residencias como en hospitales se ofrecieron con mayor frecuencia las medidas dietéticas, con respecto a la prevención de hábitos tóxicos o la promoción de ejercicio físico. Se observaron diferencias significativas sobre la recomendación de ejercicio físico regular en hospitales con respecto a las residencias ($p=0,009$) (tabla 4).

Tabla 2 Actuación médica frente a la patología de base, según su distribución por hospitales versus residencias geriátricas

Actuación frente a patología base	Hospital (n = 378)	IC 95%	Residencia (n = 367)	IC 95%	p
Ninguna	31 (8,2%)	(5,4-10,9)	23 (6,3%)	(3,8-8,7)	0,044
Tratamiento médico y/o quirúrgico	239 (63,2%)	(58,3-68,0)	289 (78,7%)	(74,5-82,8)	< 0,01
Tratamiento y recomendaciones estilo vida	11 (2,9%)	(1,2-4,6)	18 (4,9%)	(2,6-7,1)	0,159
Consejo y recomendaciones estilo vida	14 (3,7%)	(1,8-5,6)	10 (2,7%)	(1,0-4,3)	0,449
Reevaluación y ajuste de tratamiento	75 (19,8%)	(15,7-23,8)	25 (6,8%)	(4,2-9,3)	< 0,01

Tabla 4 Asociación entre tipo de centro asistencial y recomendaciones médicas sobre estilo de vida saludable

Recomendaciones	En hospitales (n = 301)			En residencias (n = 217)			p
	Frecuencia	%	IC 95%	Frecuencia	%	IC 95%	
Medidas dietéticas	210	69,8	(64,6-74,9)	149	68,7	(62,5-74,8)	0,788
Ejercicio físico regular	131	43,5	(37,9-49,1)	70	32,3	(26,0-38,5)	0,009
Prevención hábitos tóxicos	119	39,5	(33,9-45,0)	103	47,5	(40,8-54,1)	0,619

Discusión

En el estudio hemos observado que el perfil de pacientes atendidos en consulta era de personas dependientes, y que la situación de dependencia es más frecuente entre mujeres y en el grupo de edad ≥ 85 años, con un perfil similar al que se ha descrito en otros países, como Francia¹⁶ o Brasil¹⁷.

Se han detectado diferencias en la distribución de dependencia según el estado civil de los pacientes. Un estudio en Portugal¹⁸ ha mostrado que el estado civil es uno de los factores —junto con la edad, el lugar de residencia, los recursos de vivienda o los ingresos familiares— asociados al grado de dependencia de los mayores. Por otro lado, Chen et al.¹⁹ observaron que los casados y físicamente activos mostraban mejores indicadores en salud que los solteros/viudos y los inactivos, lo que refuerza nuestros resultados.

Respecto a lo observado de que las mujeres acudieron a consulta principalmente por procesos neuropsiquiátricos y los hombres por afecciones respiratorias, otros autores afirman que el perfil de pacientes en consultas geriátricas es mayoritariamente de mujeres, sin deterioro cognitivo y con enfermedades crónicas no transmisibles: neuropsiquiátricas, cardiovasculares, neoplásicas y osteoarticulares²⁰.

Se ha evidenciado que los médicos hacen escasas recomendaciones sobre acciones preventivas y estilos de vida saludable dirigidas a este colectivo, ya que la atención que recibieron los pacientes estaba centrada en el tratamiento medicoquirúrgico. Otros autores²¹ han detectado que en un 72% de las consultas los médicos residentes no llevan a cabo ninguna intervención preventiva. No obstante, existen actualmente programas de prevención con gran éxito en los centros especializados de atención a mayores (CEAM)²² que proponen un modelo de prevención gerontológica integral y novedoso. Sin embargo, es clave el papel de los profesionales sanitarios en la prevención, no solo en los centros especializados, sino en cualquier consulta con atención a mayores.

Es más frecuente ofrecer medidas dietéticas que recomendaciones sobre prevención de hábitos tóxicos o actividad física regular. Harris et al.²³ han tenido resultados similares en Australia; en Alemania, sin embargo, según la experiencia de los propios médicos en un estudio del 2014²⁴, solo un 49% de ellos sintió que su consejo había sido efectivo.

Desde hace unos años a nivel europeo se recomienda que las estrategias de promoción de la salud consideren la situación particular de los mayores, fomentando tanto el mantenimiento de buenos hábitos nutricionales como de actividad física regular²⁵. En España, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se promovió en 2013 una campaña especialmente dirigida a la población

mayor: «Hábitos saludables en mayores de 50 años y enfermos crónicos»²⁶, si bien, estas estrategias de promoción de salud deberían hacerse presentes en la atención geriátrica habitual y en cualquier tipo de centro sanitario, algo que está aún lejos del ideal.

Es necesario señalar también la importancia del consejo sobre hábitos tóxicos y consumo excesivo de alcohol en este colectivo. En el estudio europeo VINTAGE²⁷, señalan que los factores para el éxito en la prevención son, entre otros, el empoderamiento de los profesionales, la participación activa y directa de los pacientes en programas de prevención, y la colaboración de instituciones gubernamentales y académicas en esta línea. En nuestro estudio la prevención sobre hábitos tóxicos en mayores está presente en menos de un 50% de las consultas tanto en el medio hospitalario como en residencias.

Por otra parte, hemos observado asociación entre el tipo de centro asistencial y las recomendaciones de los médicos únicamente respecto a ejercicio físico regular: los pacientes recibieron con más frecuencia recomendaciones de esta conducta en los hospitales que en las residencias geriátricas. No hemos encontrado literatura acerca de las diferencias en la actitud terapéutica preventiva entre hospitales y residencias geriátricas, pero sí diferencias en la actitud para ofrecer recomendaciones saludables entre distintos profesionales de la salud²⁴. Las ventajas de las intervenciones preventivas sobre la salud de las personas mayores, especialmente sobre su estilo de vida, están ampliamente descritas²⁸; algunos autores afirman que este tipo de intervenciones reducen las consecuencias y problemas de la vejez, convirtiéndola en una etapa de la vida confortable y placentera²⁹.

Respecto a las limitaciones del estudio, la valoración de la dependencia y la comorbilidad a través del cuestionario creado *ad hoc* para el estudio, y no de otras escalas de valoración de dependencia funcional e índices de comorbilidad, podría suponer un sesgo metodológico. Sin embargo, el cuestionario utilizado ha permitido recabar la mayor parte de información relativa a la actitud terapéutica de los profesionales y la atención preventiva al paciente mayor en el menor tiempo posible, y ha permitido una participación de 420 profesionales de la salud.

Es posible que, ante la pregunta sobre si hicieron recomendaciones saludables o no durante la consulta, las respuestas estén sesgadas por la «intencionalidad» de los profesionales. No obstante, se minimiza al analizar los resultados de la «actuación frente al motivo de consulta», así como las «especificaciones de las recomendaciones saludables» del cuestionario.

Otra limitación se debe al grupo al que está dirigido el cuestionario, ya que, además de los médicos, otros profesionales de la salud también atienden a los pacientes y no han

sido incluidos. Sin embargo, el estudio recoge datos sobre las actitudes promotoras de salud, y tanto del sector público como privado, así como de diversos tipos de centros asistenciales. Los resultados se asemejan a los de otros estudios²⁴, en los que se analiza el punto de vista de los médicos así como su experiencia en los consejos de prevención.

Sería necesario conocer en profundidad las actitudes preventivas entre los distintos profesionales y centros, así como avanzar en la propuesta de programas que incentiven la promoción de la salud en la práctica clínica gerontológica. Se ha encontrado que la promoción de la salud está correlacionada positivamente con el concepto de salud de los pacientes, autocontrol y nivel educativo en personas mayores³⁰. Actuar con responsabilidad sobre la salud es esencial cuando esta se debilita, y tiene especial importancia durante la vejez, lo que ya están aplicando muchas residencias de ancianos de larga duración en sus estrategias de prevención³¹.

En algunos hospitales de Europa se han iniciado programas con intervenciones multidisciplinares preventivas para reducir el declive funcional de los pacientes mayores con comorbilidad³². Tomando las palabras de Foroushani: «es imposible prevenir la vejez, pero no la *mala vejez*»²⁹.

Compartimos la idea de que el futuro de los cuidados y la atención a los mayores precisa de la creación de redes entre los diversos centros geriátricos para obtener resultados que ayuden a comprender la realidad asistencial de los mayores, así como del impulso de la investigación en gerontología y geriatría³³. Los mejores resultados en salud y calidad de vida en la vejez solo serán posibles con una estrategia duradera de promoción de la salud.

Lo conocido sobre el tema

- La dependencia y la comorbilidad afectan a un gran número de personas mayores en nuestro país, lo que las hace más vulnerables y frágiles.
- Su reducción depende en gran medida de las estrategias de prevención.

¿Qué aporta este estudio?

- Se detecta una limitada actuación preventiva y consejo sobre estilos de vida saludable a la población mayor española, tanto en hospitales como en residencias geriátricas y en otros centros sanitarios.
- Las estrategias de promoción de la salud dirigidas a personas mayores no forman parte de la rutina habitual en las consultas médicas; sin embargo, son un pilar esencial en la atención sanitaria a esta población.
- Las estrategias de promoción de la salud en estos pacientes deberían potenciarse de forma prioritaria.

Financiación

No se ha recibido beca ni financiación alguna para la realización de este trabajo de investigación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses por ninguna de las partes participantes.

Agradecimientos

A la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, por su colaboración en la recogida de datos. Al Dr. David Martínez Hernández, por su inestimable colaboración.

Bibliografía

1. Schwartz JB. Primary prevention: Do the very elderly require a different approach? *Trends Cardiovasc Med*. 2015;25:228–39.
2. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64:675–81.
3. Ministerio de Sanidad, Políticas sociales e Igualdad. Portal estadístico: Encuesta Nacional de Salud en España (01/01/2015). [consultado 1 Ene 2015]. Disponible en: <http://peestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Informe.aspx?IdNodo=5313>
4. Wada Y, Sakuraba K, Kubota A. Effect of the long-term care prevention project on the motor functions and daily life activities on the elderly. *J Phys Ther Sci*. 2015;27:199–203.
5. Castell Alcalá MA, Otero Puime A, Sánchez Santos MA, Garrido Barral A, González Montalvo JI. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Aten Prim*. 2010;42:520–7.
6. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Woke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37–43.
7. Formiga F, Ferrer A, Sanz H, Marengoni A, Alburquerque J, Pujol R, Octabaix study members. Patterns of comorbidity and multimorbidity in the oldest old: The Octabaix study. *Eur J Intern Med*. 2013;24:40–4.
8. Colón-Emeric CS, Whitson HE, Pavon J, Hoenig H. Functional decline in older adults. *Am Fam Physician*. 2013;88:388–94.
9. Martínez Velilla NI. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. *Med Clin*. 2011;136:441–6.
10. Rochat S, Cumming RG, Blyth F, Creasey H, Handelsman D, Le Couteur DG, et al. Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: The Concord Health and Aging in Men Project. *Age Ageing*. 2010;39:228–33.
11. Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al., Grupo de expertos de las Sociedades Científicas; Grupo de expertos de las Administraciones de Sanidad. Prevención de la dependencia en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:15–56.
12. Tinetti ME. Making prevention recommendations relevant for an aging population. *American College of Physicians Comment on. Ann Intern Med*. 2010;153:809–14.
13. Fortin M, Chouinard MC, Bouhali T, Dubois MF, Gagnon C, Bélanger M. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:132.
14. Iruzebieta Barragán FJ. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el anciano. En: Giró Miranda J, editor. *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. Universidad de La Rioja; 2004. p. 77–101.
15. Nicholas JA. Screening and preventive services for older adults. *Mt Sinai J Med*. 2011;78:498–508.

16. Oubaya N, Mahmoudi R, Jolly D, Zulfiqar AA, Quignard E, Cunin C, et al. Screening for frailty in elderly subjects living at home: Validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument. *J Nutr Health Aging*. 2014; 18:757–64.
17. Rodrigues NO, Neri AL. Social, individual and programmatic vulnerability among the elderly in the community: Data from the FIBRA Study conducted in Campinas, Sao Paulo, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2012;18:2129–39.
18. Pilger C, Menon MU, Mathias TA. Functional capacity of elderly patients attended in SUS primary healthcare units. *Rev Bras Enferm*. 2013;66:907–13.
19. Chen KM, Lin MH, Wang YC, Li CH, Huang HT. Psychological and socioeconomic health of community-dwelling older adults. *Int J Psychol*. 2013;48:1038–49.
20. Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. *Rev Med Hered*. 2012;23:229–34.
21. Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilan Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:514–9.
22. López Olano JR. Los centros especializados de atención a mayores. Un modelo de prevención gerontológica. *TS Nova*. 2010;2:71–6.
23. Harris MF, Islam F, Jalaludin B, Chen J, Bauman AE, Comino E. Preventive care in general practice among healthy older New South Wales residents. *BMC Fam Pract*. 2013;14:83.
24. Görig T, Mayer M, Bock C, Diehl K, Hilger J, Herr RM, et al. Dietary counselling for cardiovascular disease prevention in primary care settings: Results from a German physician survey. *Fam Pract*. 2014;31:325–32.
25. Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, Baeyens JP, Jankowska E, Maggi A, et al. European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:61–5.
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Hábitos saludables en personas mayores de 50 y enfermos crónicos. Campaña 2013 [consultado 24 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/campañas/campañas13/home.htm>.
27. Palacio-Vieira J, Segura L, Gual A, Colom J, Ahlström S, Radoš Krnel S, et al., VINTAGE project Working Group. Good practices for the prevention of alcohol harmful use amongst the elderly in Europe, the VINTAGE project. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48:248–55.
28. Kardakis T, Weinehall L, Jerden L, Nystrom ME, Johansson H. Lifestyle interventions in primary health care: Professional and organizational challenges. *Eur J Public Health*. 2014;24:79–84.
29. Foroushani AR, Estebani F, Mostafaei D, Ardebili HE, Shojaeizadeh D, Dastoopour M, et al. The effect of health promoting intervention on healthy lifestyle and social support in elders: A clinical trial study. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16:e18399.
30. Li SX, Zhang L. Health behavior of hypertensive elderly patients and influencing factors. *Aging Clin Exp Res*. 2013;25:275–81.
31. Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Res Reviews*. 2013;12:141–50.
32. Vos AJBM, Asmus-Szepesi K, Bakker T, Vreede PL, Van Wijngaarden JDH, Steyberg EW, et al. Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: The Prevention and Reactivation Care Program (PReCaP). *BMC Geriatr*. 2012;12:7.
33. Michel JP, Cruz-Jentoft AJ. El futuro de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:171–2.