



**PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA
FRAGILIDAD Y PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD
SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES DE LA
COMUNIDAD DE MADRID 2022-2025**



**Comunidad
de Madrid**

**PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FRAGILIDAD
Y PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE EN PERSONAS
MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2022-2025**



Dirección General
de Coordinación Socio-Sanitaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



*"No son los años
en tu vida los que cuentan,
es la vida en tus años"*

Abraham Lincoln



Comunidad
de Madrid

El envejecimiento de la población es uno de los grandes retos al que nos enfrentamos hoy. Gracias a los avances médicos y sociales, estamos preparados para vivir más y mejor. Por eso, para el Gobierno de la Comunidad de Madrid, **reivindicar el papel de las personas mayores y mejorar su calidad de vida con políticas públicas innovadoras ha sido siempre prioritario.**

La Comunidad de Madrid ya es todo **un referente nacional en calidad de vida.** Desde el Gobierno regional, se protege a las personas más frágiles y vulnerables, y se promueve un **envejecimiento activo y saludable.**

Precisamente para seguir avanzando y para potenciar las **oportunidades y la autonomía personal** de los mayores de 65 años, el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha elaborado el **Plan Regional de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable para Personas Mayores.**

Este **Plan Regional** potencia una **asistencia sanitaria especializada** para estos pacientes, ajustada a las atenciones que requieren en todos los ámbitos de la salud. Se centra en la importancia de la **prevención precoz de la fragilidad** para evitar que derive en discapacidad.

Con este plan, se consolida el compromiso de la Comunidad de Madrid con quienes tanto han trabajado para construir una región libre y pionera. Una región que ahora les devuelve a ellos ese esfuerzo en forma de **cuidados sanitarios y acompañamiento social de calidad que les permitan vivir y envejecer con salud.**

Las personas mayores son una enorme fuente de competitividad, emprendimiento y talento; transmiten sabiduría y experiencia; mantienen unida a la familia; cuidan a los más pequeños; ejercen de sostén y fortaleza... Y no quieren que se ocupen de ellos, sino que se cuente con ellos.

Precisamente para añadir más años a la vida y más vida a esos años, nace esta iniciativa, en la que han participado numerosas personas e instituciones, a las que agradezco su implicación, responsabilidad y gran trabajo.

Isabel Díaz Ayuso

Presidenta de la Comunidad de Madrid.



**Comunidad
de Madrid**



ÍNDICE

1.

PRESENTACIÓN

12

2.

INTRODUCCIÓN

14

2.1.	Fragilidad.....	17
2.1.1.	Fragilidad, sarcopenia y caídas.....	19
2.1.2.	Abordaje de la fragilidad en el sistema sanitario.....	20
2.2.	Prevalencia de la fragilidad.....	22
2.3.	Tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) y abordaje de la fragilidad.....	23
2.4.	Marco normativo en el abordaje de la fragilidad.....	26
2.4.1.	Marco normativo internacional.....	27
2.4.2.	Marco normativo estatal.....	28
2.4.3.	Marco normativo autonómico.....	30

3.

METODOLOGÍA

32

3.1.	Análisis interno	35
3.2.	Análisis externo, DAFO y CAME.....	35

4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

38

4.1.	Análisis interno de la promoción de la longevidad saludable y abordaje de la fragilidad.....	39
4.1.1.	Análisis de las actuaciones de la Consejería de Sanidad.....	40
4.1.1.1.	Actuaciones realizadas encaminadas a la prevención de la fragilidad y el fomento del estilo de vida para una longevidad saludable en personas mayores de 65 años.....	40
4.1.1.1.1.	Acciones específicas para mejorar el estado de salud en general y reducir el riesgo de volverse frágil.....	40
4.1.1.1.2.	Acciones para dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol.....	46
4.1.1.1.3.	Acciones para fomentar el ejercicio físico y evitar la vida sedentaria y acciones de entrenamiento en actividad física multicomponente.....	47
4.1.1.1.4.	Acciones dirigidas a mejorar la dieta para lograr y mantener un peso saludable.....	50
4.1.1.1.5.	Acciones de prevención y detección de las enfermedades crónicas más estrechamente asociadas a la fragilidad.....	51
4.1.1.1.6.	Acciones para disminuir la polifarmacia.....	52
4.1.1.1.7.	Acciones de cuidado emocional y de prevención del deterioro cognitivo.....	54
4.1.1.1.8.	Acciones y/o procedimiento de detección e intervención de soledad no deseada.....	55
4.1.1.2.	Actuaciones realizadas encaminadas a la detección e intervención sobre fragilidad y longevidad saludable.....	57
4.1.1.2.1.	Área de detección.....	57
4.1.1.2.2.	Área de intervención.....	59
4.1.1.3.	Formación en materia de fragilidad y longevidad saludable en personas mayores.....	63
4.1.1.3.1.	Formación dirigida a los profesionales.....	63
4.1.1.3.2.	Formación dirigida a población adulta y mayores de 65 años.....	63
4.1.2.	Análisis de las actuaciones de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.....	63

4.1.2.1. Actuaciones realizadas encaminadas a la prevención de la fragilidad y el fomento del estilo de vida para una longevidad saludable en personas mayores de 65 años..... 63

4.1.2.1.1. Actuaciones enfocadas a la prevención de la dependencia..... 63

4.1.2.1.2. Acciones para dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol..... 63

4.1.2.1.3. Acciones para fomentar el ejercicio físico, evitar la vida sedentaria y acciones de entrenamiento en actividad física multicomponente..... 63

4.1.2.1.4. Acciones dirigidas a mejorar la dieta para lograr y mantener un peso saludable..... 64

4.1.2.1.5. Acciones de prevención y detección de las enfermedades crónicas más estrechamente asociadas a la fragilidad 64

4.1.2.1.6. Acciones para disminuir la polifarmacia..... 65

4.1.2.1.7. Acciones de cuidado emocional y de prevención del deterioro cognitivo..... 65

4.1.2.1.8. Acciones de detección e intervención de la soledad no deseada 65

4.1.2.1.9. Otros Programas y Acciones de Prevención, Atención a la Fragilidad y Longevidad Saludable..... 65

4.1.2.2. Actuaciones realizadas encaminadas a la detección e intervención en el ámbito de la fragilidad en personas mayores de 65 años..... 66

4.1.2.2.1. Actuaciones, servicios, prestaciones y herramientas para la detección precoz de la dependencia..... 66

4.1.2.2.2. Actuaciones, servicios, prestaciones y herramientas para la detección de la fragilidad en su ámbito de actuación..... 67

4.1.2.2.3. Medidas terapéuticas implementadas una vez detectada la fragilidad..... 67

4.1.2.3. Formación en materia de fragilidad y longevidad saludable en personas mayores..... 68

4.1.2.3.1. Formación dirigida a los profesionales..... 68

4.1.2.3.2. Actuaciones de información, asesoramiento y formación sobre fragilidad, dependencia y longevidad saludable..... 69

4.1.2.3.3. Actuaciones de información, asesoramiento y formación sobre fragilidad, dependencia y longevidad saludable a las familias y/ o cuidadores (formales e informales)..... 69



4.2. Análisis externo de la promoción de la longevidad saludable y abordaje de la fragilidad..... 69

4.2.1. Análisis de las actuaciones de ayuntamientos y entidades 69

4.2.1.1. Formación, identificación de la fragilidad y procedimientos de derivación 69

4.2.1.1.1. Formación de los profesionales y colaboradores en el ámbito de la fragilidad..... 69

4.2.1.1.2. Formación de los profesionales y colaboradores en el ámbito de la longevidad saludable..... 70

4.2.1.1.3. Sensibilización de la población adulta en el ámbito de la fragilidad..... 70

4.2.1.1.4. Sensibilización de la población adulta en el ámbito de la longevidad saludable..... 71

4.2.1.1.5. Identificación de la fragilidad y mecanismos de derivación y/o comunicación..... 71

4.2.1.2. Prevención de la fragilidad y fomento del estilo de vida saludable..... 73

4.2.1.2.1. Mejora del estado de salud y reducción del riesgo de volverse frágil..... 73

4.2.1.2.2. Deshabitación de consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco)..... 74

4.2.1.2.3. Fomento del ejercicio físico y evitar la vida sedentaria 75

4.2.1.2.4. Fomento de una alimentación saludable..... 76

4.2.1.2.5. Prevención y detección de enfermedades crónicas..... 76

4.2.1.2.6. Consumo, manejo y almacenamiento adecuado de medicamentos..... 78

4.2.1.2.7. Cuidado emocional..... 78

4.2.1.2.8. Fomento de las relaciones sociales..... 79

4.3. Análisis de otras experiencias internacionales y nacionales..... 79

4.3.1. Experiencias internacionales..... 79

4.3.1.1. Proyecto ADVANTAGE..... 79

4.3.1.2. Integrated Care for Older People – ICOPE..... 82

4.3.1.3. SUNFRAIL 82

4.3.2. Experiencias nacionales..... 82

4.3.2.1.	Hoja de Ruta para el Abordaje de la Fragilidad en España en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.....	82
4.3.2.2.	Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas de la Estrategia para la Prevención y Promoción de Salud del Sistema Nacional de Salud.....	86
4.3.2.3.	Recomendaciones para el abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19.....	87
4.3.2.4.	Actualización del Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la Persona Mayor.....	89
4.3.2.5.	Estrategias en Atención Primaria en España.....	95
4.3.2.6.	Vivifrail.....	95
4.3.2.7.	+AGIL Barcelona.....	96
4.3.2.8.	Examen de Salud para mayores de 65 años (EdS65+) de Andalucía.....	96

5.	REFLEXIÓN ESTRATÉGICA	98
5.1	Misión, visión y valores.....	99
	• Misión.....	99
	• Visión.....	100
	• Valores.....	100
5.2.	Análisis DAFO y CAME.....	101
5.3.	Ámbito de aplicación y objetivo del Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025.....	105
5.4.	Líneas estratégicas y objetivos.....	106



6.	LÍNEAS, OBJETIVOS Y ACCIONES	108
6.1.	Línea 1. Coordinación Sociosanitaria.....	110
6.2.	Línea 2. Sensibilización sobre longevidad saludable.....	112
6.3.	Línea 3. Promoción y prevención.....	114
6.4.	Línea 4. Detección y diagnóstico de la fragilidad.....	118
6.5.	Línea 5. Atención integral.....	120
6.6.	Línea 6. Formación de profesionales y promoción de la investigación.....	127

7.	DIFUSIÓN, IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	130
7.1.	Difusión y comunicación del Plan.....	131
7.2.	Diseño y planificación de la implantación del Plan.....	132
7.3.	Seguimiento y evaluación.....	132

PARTICIPANTES	134
---------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	144
--------------	-----

ANEXOS	162
--------	-----

A. Definiciones	163
B. Hospitales por Grupo Funcional del Servcio Madrileño de Salud	165



1.

PRESENTACIÓN



Es un placer poder presentar con estas líneas el I Plan Regional de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025. Una iniciativa pionera en nuestro país que parte de **tres principios básicos para la Consejería de Sanidad: cercanía, transparencia y compromiso.**

Este Plan, elaborado por la Dirección General de Coordinación Sociosanitaria, nace con el objetivo de **dar una respuesta profesional y homogénea a las necesidades de nuestros mayores.** Consta de **6 grandes líneas** con medidas centradas, por un lado, en la promoción de hábitos para conseguir un **envejecimiento saludable** y, por otro lado, en la **prevención, detección y atención integral a la fragilidad.** A lo que se suma el **fomento de la formación, la investigación y la innovación en este campo.**

Desde la Consejería de Sanidad hemos creído necesario trabajar en el desarrollo de este documento con el fin de **ofrecer una óptima atención al mayor.** Teniendo presente que, si el gran logro de las generaciones anteriores fue aumentar la esperanza de vida, **nuestra**

generación se enfrenta al reto de aportar calidad a esos años.

Sin duda, este Plan Regional contribuirá a tal fin. Y lo hará mediante un **modelo asistencial más persistente e integral en el abordaje de la salud, la fragilidad y la promoción de la autonomía.** Aplicando una gestión eficaz y eficiente de los recursos, fomentando la accesibilidad y buscando la excelencia en la prestación de los servicios.

Pilares que definen esta iniciativa prioritaria con la que la **Comunidad de Madrid** sigue dando pasos hacia adelante en los **cuidados integrales y especializados** que definen el modelo de atención sociosanitaria al que cualquier sociedad avanzada debe aspirar.

A esta espléndida labor han colaborado distintas Consejerías y Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid, Asociaciones, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Entidades Prestatarias de Servicios y Universidades. **Mi agradecimiento a cada una de las personas que han redactado este Plan, diseñado por y para nuestros mayores.**

Enrique Ruiz Escudero

Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

2.

INTRODUCCIÓN



Uno de los principales retos de los sistemas de salud y/o bienestar es mantener la capacidad funcional de las personas durante el proceso de envejecimiento.

La actual longevidad de los individuos y su aumento de la esperanza de la vida se debe a los grandes avances médicos y sanitarios conseguidos a lo largo del siglo XX. Si bien es cierto que este aumento de la esperanza de vida no se ha traducido en un incremento de años de vida en salud¹. A nivel estatal, según datos de 2018, la esperanza de vida se sitúa por encima de los 83 años: 86,1 en mujeres y 80,4 en hombres. No obstante, la media de años saludables se situó en 79,2 años, 81,5 para mujeres y 79,2 para hombres².

En primer lugar, los cambios fisiológicos que ocurren durante el envejecimiento podrían predisponer a un mayor desarrollo de enfermedades³. En segundo lugar, los avances de las ciencias de la salud en el tratamiento de enfermedades, que antes eran mortales y ahora son crónicas, han provocado un aumento de la probabilidad de encontrarse en una situación de pérdida de la funcionalidad o, dicho de otro modo, de fragilidad, discapacidad y/o dependencia⁴.

Ambos aspectos, a su vez, condicionarán la calidad de vida de las personas mayores a medida que

envejecen^{5,6}. Por ello, el progresivo envejecimiento de la población obliga al desarrollo de estrategias de control de la comorbilidad, de valoración de la funcionalidad y calidad de vida de las personas⁷.

Por lo que uno de los principales retos que deben resolver los sistemas de salud y/o bienestar es el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas durante su proceso de envejecimiento y la prevención de su disminución, al intervenir directamente sobre los factores que sean modificables, tales como la promoción de entornos y hábitos saludables para las personas mayores⁴ y promoviendo un envejecimiento saludable³.

Dicho de otro modo, el verdadero reto de los sistemas de salud y de las políticas sanitarias es mantener la autonomía para la toma de decisiones y la independencia funcional de las personas a medida que envejecen⁸.

De hecho, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el principal objetivo de la atención a las personas mayores es el mantenimiento de su autonomía funcional al definir

al envejecimiento saludable como el proceso que permite mantener una vida autónoma y funcional⁹. Tal y como sostienen algunos autores¹⁰, esta definición modifica el paradigma de los sistemas sanitarios al centrarse y darle mayor importancia a la función o funcionalidad que a la enfermedad. Así, los sistemas sanitarios deberán transformarse y centrarse en el mantenimiento de la autonomía funcional de las personas, especialmente de aquellas en la vejez o cercana a ella¹⁰. Por lo que se debe dar prioridad a las estrategias sanitarias que permitan prevenir o, incluso, revertir la pérdida de funcionalidad en las personas mayores, lo que, a su vez, tendrá efectos positivos en otros aspectos de los sistemas sanitarios como, por ejemplo, la reducción de las visitas de estas personas a los centros de atención primaria y de urgencias, liberando recursos hospitalarios y reduciendo, en última instancia, los costes sanitarios¹¹.

Si entendemos el envejecimiento como un proceso en el que ocurre una pérdida paulatina y progresiva de la funcionalidad y de la capacidad intrínseca, se podría seleccionar el momento en el que la actividad sanitaria, tanto en detección como en intervención, sea más eficiente¹⁰. Así, se reconoce la necesidad de promocionar las actuaciones tempranas de detección de la pérdida de funcionalidad para optimizar las oportunidades de éxito de las intervenciones, tanto de recuperación de esa función como de compensación de las posibles pérdidas irremediables, es decir, cuando está agotada la reserva funcional. Se deduce que el momento idóneo para detectar esta pérdida es aquel en el que aún no se ha caído en situación de dependencia, pero se está en alto riesgo de hacerlo ante una variable mínimamente estresante, y cuando se cuenta con cierta reserva funcional que permita recuperar la funcionalidad al intervenir adecuadamente sobre la situación¹⁰. Este momento es, precisamente, la situación de fragilidad¹². Consecuentemente, existe evidencia científica que señala que la implementación temprana de estrategias de prevención y manejo de la fragilidad puede evitar resultados negativos en salud y complicaciones mayores tales como la dependencia funcional⁹.

La fragilidad y su correcto abordaje adquieren, si cabe, una mayor relevancia al conocer que a nivel mundial la población por encima de 60 años

superará en los próximos años los 2.000 millones de personas, cuando en 2015 había “únicamente” 900 millones^{13,14}. En Europa el porcentaje de población mayor de 65 años pasará del 18% al 28% en los próximos años, con valores absolutos de 150 millones de personas mayores para el 2060, de las cuales el 12% serán mayores de 80 años⁶. En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2020 el porcentaje de población de 65 y más años era 19,6% y se situará en 2050 cercano al 31%¹⁵. Una importante proporción de estas personas mayores se encontrará en situación de fragilidad ya que, como decíamos anteriormente, a la vez que se han aplicado conocimientos médicos y sanitarios para prevenir y tratar diversas patologías, no se han podido disminuir los efectos de la pérdida de capacidades intrínsecas de las personas, tales como la pérdida de la función muscular¹⁶ o el deterioro cognitivo¹⁷ que sitúan a esa persona en riesgo de fragilidad y, por lo tanto, disminuye su independencia funcional para realizar las actividades de la vida diaria¹¹.

Este aumento de las personas en situación de fragilidad, o con algún tipo de dependencia y/o discapacidad establecida, no solo impactará directamente en su bienestar y calidad de vida, sino que amenazará la sostenibilidad de los actuales sistemas de atención social y sanitaria^{18,19}. Así, un mayor número de personas mayores susceptibles de tener problemas en su funcionalidad repercutirá en un aumento de la demanda de los recursos sanitarios¹³. En un estudio internacional, se estima que el coste de la atención sanitaria de tres meses a personas mayores en situación de fragilidad es de 4.000 \$, algo más de 3.600 €, que sería cinco veces más del coste de personas mayores no frágiles²⁰. Otros estudios europeos sugieren un aumento del coste anual entre 1.500 € y 5.000 €, dependiendo del estado de fragilidad (nivel de dependencia funcional) y el entorno de cuidado (comunitario u hospitalario)²⁰⁻²². En nuestro entorno, según datos del estudio FRADEA²¹, el coste sería de 2.500 € por sujeto y año, el doble del imputable a una persona mayor sin fragilidad.

Estos costes se explican por la mayor morbilidad y tasas de mortalidad asociadas a la fragilidad, lo que a su vez conlleva un aumento de la utilización de los servicios sanitarios y sociales en términos



de hospitalización y cuidados de larga duración; convirtiendo a la fragilidad en mejor predictor de costes de cuidado que la edad y la comorbilidad²³. Todo lo anterior señala la importancia de proveer unos servicios sanitarios eficientes y efectivos²⁴ con estrategias específicas dirigidas a la prevención y abordaje de la fragilidad en la población mayor, lo que probablemente reducirá la sobrecarga de los sistemas sanitarios²⁵.

2.1. FRAGILIDAD

La comunidad científica muestra consenso al considerar que una definición completa y significativa de la fragilidad debe incorporar los siguientes cinco elementos²⁶:

1. **Heterogeneidad en su manifestación:** la fragilidad puede presentarse bajo diferentes formas y características.

2. **Complejidad de sus características:** la fragilidad afecta a múltiples sistemas corporales, está relacionada con la trayectoria vital y hábitos adquiridos y limitaciones de salud a lo largo de toda la vida.

3. **Es específica en su patogénesis:** se desarrolla como consecuencia de múltiples causas en algunos sistemas corporales que tienen un papel central, como el nervioso, endocrino, inmunológico y musculoesquelético. Además, influyen aspectos tanto intrínsecos, del propio individuo, como extrínsecos o ambientales.

4. **Tiene implicaciones en términos de vulnerabilidad individual:** puede precipitarse por situaciones específicas que se denominan estresores.

5. **Se asocia con resultados negativos** como una mayor probabilidad de presentar comorbilidad y complicaciones como discapacidad, morbilidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

Teniendo en cuenta lo anterior, la fragilidad se define como un deterioro progresivo, relacionado con la edad, de los sistemas fisiológicos que provoca una disminución de las reservas de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumenta el riesgo de una serie de resultados sanitarios adversos, como infecciones, hospitalizaciones, morbilidad e incluso la muerte^{9,27-29}. Como hemos dicho anteriormente, este concepto se centra en la funcionalidad y no en la enfermedad y su diagnóstico^{4,10}.

Por su parte, se entiende como capacidad intrínseca a la suma de capacidades físicas y mentales, incluyendo las psicológicas, con las que cuenta una persona³. La capacidad funcional sería la combinación e interacción de la capacidad intrínseca con las características del entorno y comprendería los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella³. Ambas disminuyen a lo largo del tiempo en función del proceso de envejecimiento y a la posible comorbilidad existente³⁰.

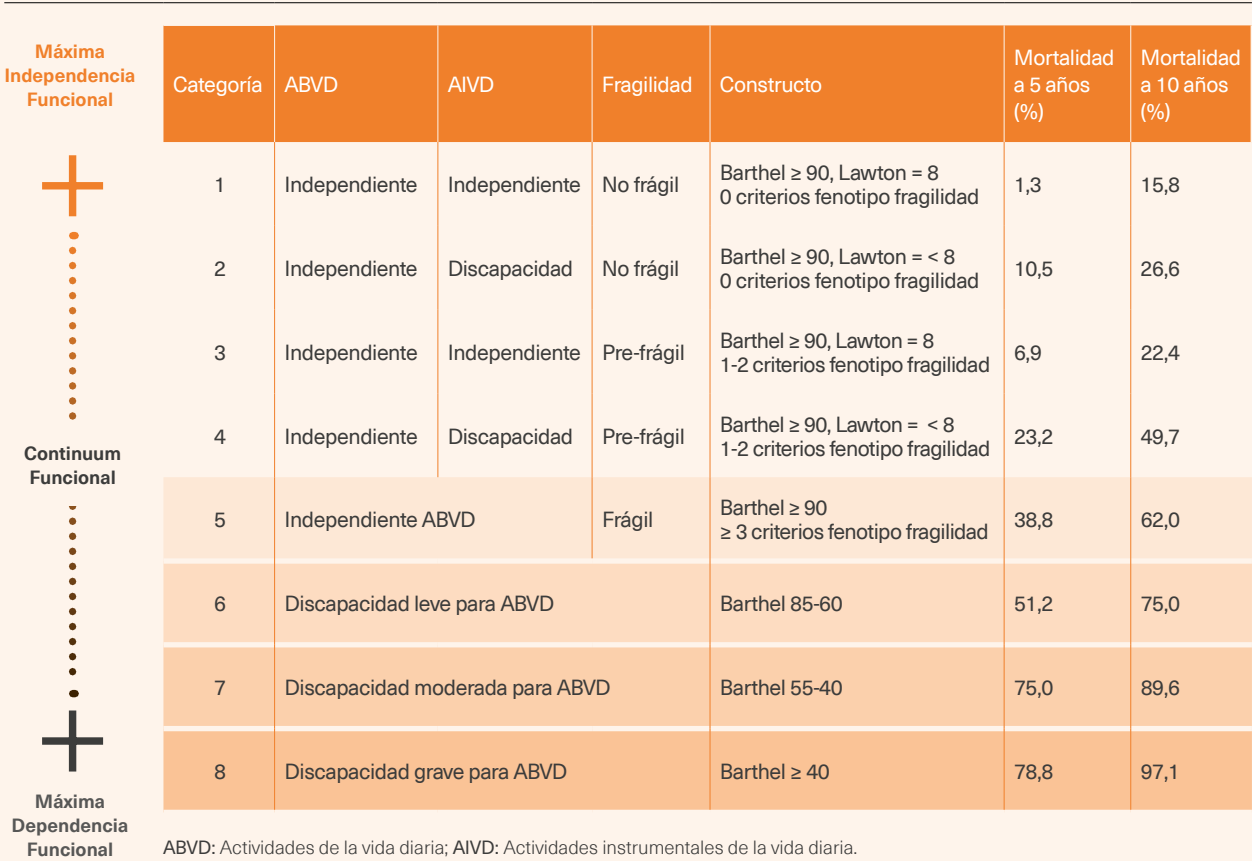
Según la conceptualización del envejecimiento saludable, antes de la situación de fragilidad, existe un período de tiempo en el que las capacidades van disminuyendo, pero sin llegar a necesitar ayuda para el desempeño de las actividades de la vida diaria, ni las básicas ni las instrumentales³.

La fragilidad sería un período previo a la discapacidad y la dependencia en el que existe un alto riesgo de experimentar una limitación funcional.

Su detección permitiría identificar a las personas que conservan su independencia, pero se encuentran en alto riesgo de perderla³¹. Es importante en este punto resaltar que la fragilidad es un factor de riesgo independiente más a considerar, con su fisiopatología propia³².

La fragilidad y la discapacidad se pueden incorporar dentro de continuum funcional que va desde la máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia absoluta para la realización de las actividades básicas de la vida diaria^{10,33-35}. Como hemos dicho, la fragilidad sería un estado de prediscapacidad, tal y como se conceptualiza en la Clasificación del Continuum Funcional (FCS)³². (Figura 1).

Figura 1
Clasificación del Continuum Funcional (FCS)³².



En este sentido, la prefragilidad se ha definido como la fase inicial o intermedia de fragilidad, en la que existe un riesgo temprano pero reversible, a partir del cual se puede predecir y actuar de manera precoz para evitar y/o retrasar la conversión a fragilidad y sus consecuencias³⁶.

La fragilidad es considerada el mejor predictor de eventos adversos y discapacidad en personas mayores, mejor que otros como la comorbilidad o la multimorbilidad. Sin embargo, entre un 23% y un 26% de mayores con fragilidad no presentan discapacidad ni comorbilidad^{46,47}.

Envejecer no es en sí mismo un requisito previo para encontrarse en situación de fragilidad^{33,37}, ésta, como sostienen algunos autores¹⁰, es un síndrome geriátrico que puede deberse a múltiples etiologías, es heterogéneo y está biológicamente relacionado con el envejecimiento. Además, puede presentar múltiples trayectorias, ser fluctuante y reversible,

y con múltiples posibilidades de interacción con factores externos que actuarían como precipitantes de las consecuencias asociadas a la fragilidad: mortalidad, discapacidad, ingreso en residencias o caídas¹². Los primeros signos suelen ser cansancio, seguido de enlentecimiento de la marcha, baja actividad física y debilidad³⁸. En otros estudios la debilidad es el primer signo en manifestarse³⁹.

La pérdida de la funcionalidad asociada a la fragilidad suele presentarse de manera gradual, mucho más lenta que en otras enfermedades, es incesante y comienza años antes de la muerte del individuo⁴⁰. Su patogenia se fundamenta en la afectación sincrónica de varios sistemas, siendo los más destacados la inflamación de bajo grado, el sistema endocrino, la vitamina D, el sistema cardiovascular y el osteomuscular¹². Por otro lado, se ha evidenciado una asociación entre la fragilidad y la edad más avanzada, la discapacidad, la enfermedad cardiovascular, la



obesidad Sarcopénica⁴¹⁻⁴⁴, el ictus, las admisiones hospitalarias recurrentes, la osteoartritis y la mayor carga de enfermedad y el deterioro cognitivo⁴⁵. La pérdida de peso se suele presentar más tarde^{38,39}.

De manera adicional, el papel del sistema nervioso central es menos conocido, pero estudios recientes destacan su relevancia para la fragilidad al relacionar determinadas zonas cerebrales implicadas en las funciones ejecutivas con la generación del síndrome⁴⁶.

No obstante, la fragilidad se considera un síndrome geriátrico que se puede prevenir, identificar y revertir^{4,47}. Así, la evidencia científica parece indicar que la prevención y el manejo precoz de la fragilidad pueden evitar, e incluso revertir, muchos de los resultados adversos asociados con el envejecimiento no saludable, la dependencia, la muerte y una mayor utilización de los recursos sanitarios y sociales⁹.

Con el objetivo de facilitar la intervención en fragilidad y optimizar sus resultados, se recomienda⁴⁸ la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en la que se debe basar el plan terapéutico y de cuidados personalizado y consensuado con la propia persona, que incidirá directamente en sus necesidades individuales. Además, se ha demostrado que las intervenciones multifactoriales son más efectivas que las individuales y deben incluir la promoción de estilos de vida saludable, el ejercicio físico (especialmente el multicomponente), nutrición, manejo de patología crónica y revisión de la polimedicación⁴⁸.

2.1.1. Fragilidad, sarcopenia y caídas.

Existe una estrecha relación entre la fragilidad y otros síndromes geriátricos como son la sarcopenia y las caídas^{27,49-53}.

La sarcopenia, definida como la pérdida de la fuerza y masa muscular, es un componente clave de la fragilidad. Su diagnóstico puede establecerse cuando se cumplen dos criterios; tener una masa muscular dos desviaciones por debajo de la media de la población de referencia y tener baja velocidad de marcha, menor de 0,8 m/seg en la prueba de caminata de 4 metros⁵⁴.

Por ello, las estrategias encaminadas a mejorar la fuerza y masa muscular, como aumentar la ingesta proteica junto al entrenamiento de resistencia, fuerza y equilibrio han demostrado disminuir la prevalencia de sarcopenia y fragilidad, así como mejorar la fuerza y el desempeño físico⁵⁴.

Las caídas tienen una relación bidireccional con la fragilidad, dado que las personas en situación de fragilidad presentan un mayor riesgo de caerse por su menor reserva funcional, de la misma forma que las personas que han sufrido caídas tienen un mayor riesgo de reducir su capacidad intrínseca porque aumenta su fragilidad⁵⁵. Además, los factores de riesgo de las caídas, como son el deterioro cognitivo, la demencia, la diabetes, los trastornos nutricionales, el déficit de vitamina D o la osteosarcopenia, entre otros, también tienen una estrecha relación con la fragilidad⁵⁵.

En cuanto a su prevalencia, se puede afirmar que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las mayores de 80 que viven en ámbito comunitario se caen anualmente. De manera adicional, alrededor de la mitad de ellas volverá a caerse en el mismo año. En el entorno residencial las cifras aumentan hasta el 60% anual con un mayor número de repeticiones^{56,57}.

Según la OMS, 684.000 personas mueren al año debido a una caída, lo que le sitúa como segunda causa de muerte accidente y lleva asociadas importantes consecuencias en la funcionalidad de la persona⁵⁸. En nuestro país, se produjeron en 2019 un total de 3.297 muertes por caídas, de las que el 84,96% (2.801) fueron en personas de 65 o más años, siendo el 50,98% de ellas mujeres⁵⁹.

No obstante, la muerte no es la única consecuencia negativa, aunque sí la más grave, que puede ocurrir tras una caída. El 10% de las personas mayores que sufra una caída presentará graves laceraciones, rabdomiólisis, hematomas o traumatismos craneales, el 5% alguna fractura y entre el 1% y 2% fractura de cadera, que es la que representa un mayor impacto en la funcionalidad de la persona⁵⁵. Estas complicaciones convierten a las caídas en una de las principales causas de institucionalización⁶⁰ con el 40% de los casos de ingreso⁶¹.

Además, es posible que algunas personas presenten, tras una caída, una serie de cambios conductuales, con presencia de miedo, estrés y falta de confianza, lo que implica una gran influencia negativa en su estado emocional y psicológico y precipita el deterioro funcional, la dificultad para la marcha y el riesgo de nuevas caídas⁵⁵. Por todo lo anterior, se reconoce a las caídas como un problema de salud de primera magnitud⁶² y son consideradas un signo o manifestación de la fragilidad⁵⁵.

2.1.2. Abordaje de la fragilidad en el sistema sanitario.

En los últimos años, la fragilidad ha ido ganando interés tanto por parte de los investigadores y profesionales clínicos como por parte de los gestores y responsables de las políticas de salud pública. Esto quizás se deba a una mejora de las herramientas de cribado y de diagnóstico y una mayor evidencia sobre la efectividad y eficiencia del abordaje del síndrome de fragilidad¹⁰. Además, la fragilidad reúne varios de los requisitos para ser merecedora de esta atención¹⁰:

- 1

Es una entidad prevalente y se asocia a eventos como la muerte y la discapacidad.
- 2

Es prevenible y tratable.
- 3

Plantea problemas respecto a la calidad de la atención prestada por los actuales sistemas asistenciales, siendo una de las prioridades en cuanto a la mejora de la calidad asistencial⁶³.
- 4

Su presencia modifica los objetivos del tratamiento de las enfermedades concomitantes, así como la elección de los fármacos⁶⁴, dándole mayor importancia a la recuperación o mantenimiento de la funcionalidad.

Se considera que las necesidades de provisión de cuidados deberían cubrirse desde un enfoque de cuidados continuos en los que tengan cabida la prevención, promoción, detección, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación, cuidados de

larga duración y la atención paliativa; es decir, se precisa cambiar el foco de las intervenciones curativas agudas hacia una estrategia de abordaje continuada y holística¹⁰, poniendo a la persona y al mantenimiento de su capacidad funcional en el centro de los cuidados¹.

Existe un amplio consenso en considerar que es preciso desarrollar un abordaje integrado, interdisciplinar y coordinado en el conjunto de los servicios sociales, comunitarios y sanitarios, en todos los ámbitos asistenciales, desde los cuidados intermedios a la atención hospitalaria y la atención primaria⁴⁸. Reconociendo que la atención primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, es el nivel óptimo para detectar y manejar la fragilidad. Sus profesionales tienen una posición privilegiada al disponer de un mayor acceso a las personas mayores, tanto las susceptibles de encontrarse en situación de fragilidad, como las que ya están en esa fase. Además, pueden intervenir precozmente mediante el cribado y la valoración de la fragilidad, respondiendo a las necesidades específicas de las diferentes situaciones potencialmente precipitantes de fragilidad o de empeoramiento de la funcionalidad de la persona, todo ello desde el trabajo multidisciplinar y garantizando la continuidad asistencial y de los cuidados⁶⁵.

Este abordaje multidisciplinar y coordinado entre distintos profesionales facilitaría, en primer lugar, la adecuada valoración integral de la persona y, en segundo lugar, el desarrollo de un plan de intervención realmente adaptado y centrado en la persona⁶⁶.

El artículo “Visión del Manejo de la Fragilidad en Atención Primaria”, publicado por la Revista Española de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, que forma parte de un monográfico especial sobre la fragilidad, explica precisamente el papel que tiene la atención primaria en su abordaje y hace una exposición tentativa de las funciones y responsabilidades que tendrían los profesionales del equipo multidisciplinar⁶⁶. A continuación, se incluye un resumen de la propuesta, si bien es cierto que algunos de los perfiles y funciones no se ajustan a los actualmente disponibles en atención primaria (por ejemplo, el contenido referido a la nutrición, salud bucodental o psicología):

>>



Propuesta de las funciones del Equipo Multidisciplinar de Atención Primaria:

- **Médicos/as familiares y comunitarios:** Detección precoz y valoración global de la persona mayor frágil, elaboración del plan de intervención en coordinación con otros profesionales, especialmente enfermería, y coordinación del manejo y control clínico global de estas personas y del plan farmacológico asociado. También tienen un papel importante en la educación sanitaria.
- **Enfermeros/as:** Papel fundamental en la detección precoz y sospecha de casos, valoración multidimensional de la persona (actividades básicas de la vida diaria, riesgo social, nutrición, etc.). Tienen una relación más estrecha y de confianza con la persona, con lo que puede individualizar mejor las intervenciones y optimizar las acciones de educación para la salud.
- **Trabajadores/as sociales:** Detección, valoración, intervención y seguimiento de componentes sociales de la fragilidad como el aislamiento social, soledad, red social, apoyo social y participación social.
- **Fisioterapeutas y profesionales especializados/as en actividad física:** Valoración, intervención y seguimiento de la actividad física personalizada basada en ejercicio multicomponente. Además, tienen un papel relevante en la prevención, manejo y recuperación de la sarcopenia.
- **Nutricionistas y odontólogos/as:** Valoración, intervención y seguimiento de aspectos relacionados con una nutrición adecuada, acorde con el estado físico de las personas y sus patologías, especialmente en los casos en los que haya una mayor alteración nutricional o complejidad de los hábitos nutricionales recomendados. También valoran e intervienen sobre el estado de la dentadura y otras patologías bucodentales.
- **Psicólogos/as:** Papel fundamental en la valoración, intervención y seguimiento sobre las funciones cognitivas de la persona, así como en la gestión de las emociones, especialmente, en casos con presencia de sintomatología depresiva o ansiosa.
- **Profesionales de administración y gestión:** Papel central en la mejora de la experiencia de los cuidados y la atención por parte de las personas mayores a través de la creación de entornos amigables con ellos. Así, aspectos como el manejo de la información, gestión de las citas o accesibilidad de los centros del sistema sanitario o social serán factores importantes a tener en cuenta.

La fragilidad también es un factor prominente en el ámbito hospitalario³², es predictor independiente de hospitalización^{67,68}, aumenta el riesgo de eventos negativos durante la propia hospitalización y al alta^{69,70} y se considera que el hospital es un potente productor de fragilidad sobrevenida⁷¹.

En personas mayores hospitalizadas, la fragilidad se asocia con eventos adversos de salud como la prolongación de la estancia hospitalaria, reingresos inesperados, delirium, discapacidad sobrevenida, mala calidad de vida y muerte⁷²⁻⁸¹. Es importante prevenir y/o tratar estas consecuencias para evitar que se agraven⁸². Todo ello justifica la necesidad de tener en cuenta la fragilidad en el ámbito hospitalario para responder de manera óptima a las necesidades sanitarias de las personas mayores³². Los cuidados expertos provistos por especialistas adecuadamente formados, fundamentalmente geriatras, han mostrado beneficios funcionales y de utilización de recursos en estos pacientes.

En relación a los servicios de urgencia, se puede afirmar que las personas en situación de fragilidad hacen un uso adecuado de estos servicios, presentan una alta complejidad, tienen mayor probabilidad de presentar un problema de salud grave, con una presentación atípica y mal definida⁸³. Si bien es cierto que consumen más recursos en cuanto a tiempos de estancia en urgencias, número de pruebas a realizar, mayor número de profesionales implicados y mayor necesidad de permanencia en observación o, incluso, de ingreso hospitalario⁸³. También existe evidencia que señala que, a pesar de esta mayor utilización de recursos, estas personas obtienen peores resultados con una mayor probabilidad de presentar problemas no resueltos al alta y nuevas visitas, mayor riesgo de iatrogenia, así como mayor deterioro funcional y cognitivo o fallecimiento⁸⁴. Esto puede deberse a que el modelo actual de los servicios de urgencia hospitalaria trata de dar respuesta a los procesos agudos que pueda presentar una persona, casi siempre desde un abordaje unidimensional y centrado en el episodio clínico agudo⁸³.

Existen evidencias de la relación entre el SARS-CoV-2 y la fragilidad. Así, esta última se considera un factor de riesgo para desarrollar enfermedad grave por SAR-CoV-2 y de fallecimiento^{4,85,86}. De

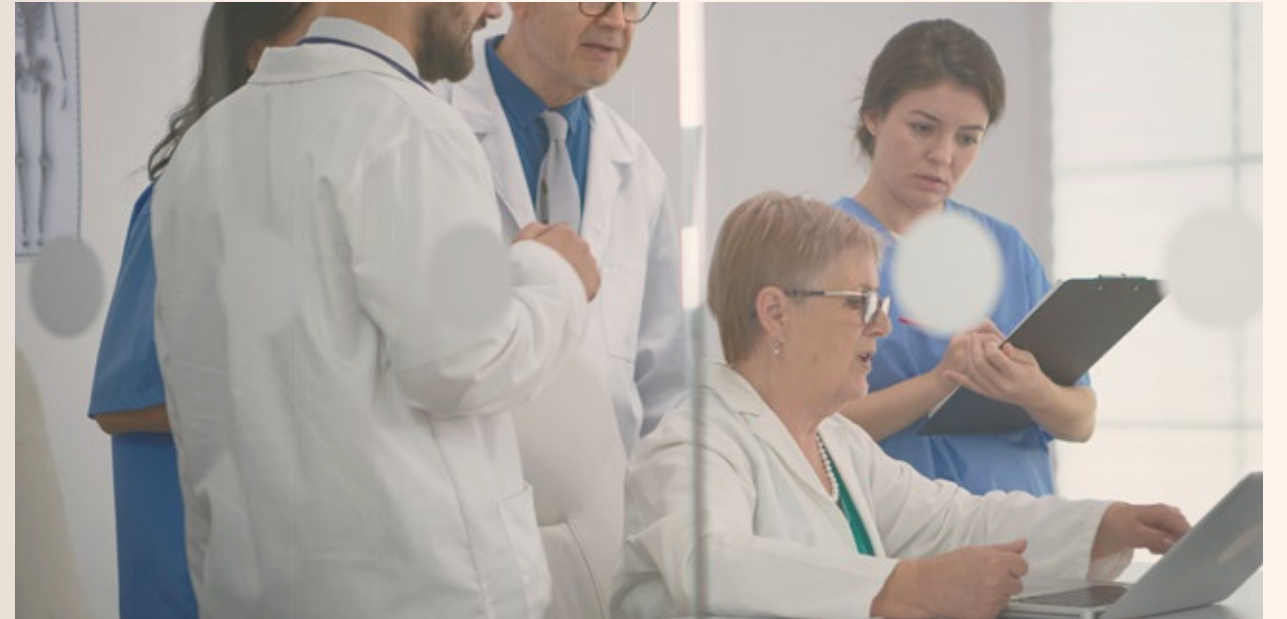
manera adicional, la COVID-19 se ha revelado como una enfermedad que disminuye la capacidad funcional de las personas y, por lo tanto, aumenta su fragilidad, tanto por los efectos propios, como por las medidas aplicadas para su contención en la medida en que han ocasionado un deterioro significativo en la capacidad funcional de las personas^{1,4}. Varios estudios señalan que la fragilidad es mejor predictor de eventos adversos, COVID-19 grave o incluso mortalidad que la edad o la comorbilidad⁸⁷⁻⁹².

Por otro lado, se ha observado que la fragilidad puede ser considerada una secuela más de la infección¹. Las medidas excepcionales tomadas para contener la expansión del virus, la elevada presión asistencial en los recursos sanitarios que han podido limitar la atención y la detección precoz de fragilidad a nivel poblacional¹, han hecho que algunos autores vaticinen que en los próximos meses se observará un descenso global de la capacidad funcional de la población mayor, con el consiguiente aumento de la fragilidad, riesgo de caídas e incremento de ingresos hospitalarios por fracturas⁹³.

2.2. PREVALENCIA DE LA FRAGILIDAD

A nivel internacional la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la fragilidad en el ámbito comunitario por debajo del 30%, con un rango entre el 2% y el 60%⁹⁴. Un meta-análisis con población europea sitúa la prevalencia a nivel comunitario en el 12% y cuatro veces mayor en ambiente no comunitario, siendo la prevalencia más alta en ámbito no comunitario en los países de Europa del Este, donde alcanza el 75%⁹⁵.

Existe evidencia de que la prevalencia de la fragilidad en personas de 65 o más años, a nivel estatal, es del 18% (IC 95% 15-21%), siendo del 12% en el ámbito de asistencia comunitario (IC 95% 10-15%)⁹⁶ y una tasa de incidencia de 43,4 casos por cada 1000 personas/año⁹⁶. Otras revisiones han situado la prevalencia en torno al 10,7%⁹⁷ y la prefragilidad entre el 41,6% y el 49,3%⁹⁸, mientras que otros autores la han situado en torno al 30%-35% de la población¹⁰. En ámbito no comunitario la prevalencia es del 45% (IC95% 27- 63%)⁹⁵, que ha sido considerada muy elevada³².



Por otro lado, se ha observado que la fragilidad aumenta exponencialmente con la edad^{10,27,28,99-102} y es más frecuente entre las mujeres^{27,28,65,95,100-102} con una ratio aproximada de 2:1¹⁰. En una revisión sistemática en la que la prevalencia global se situó en 10,7% para mayores de 65 años en la comunidad, en hombres era 9,9% y 13,6% en mujeres⁹⁸. A nivel estatal se puede afirmar que la prevalencia para las personas entre 70 y 75 años está entre el 2,5% y el 6%; entre los 75 y 80 años asciende hasta la franja entre el 6,5% y 12%; entre los 80 y 85 años se situaría entre el 15% y el 26%; y por encima de los 85 años la franja estaría entre el 18% y el 38%¹². Otros autores elevan estas cifras al 15% para el conjunto de personas de 65 o más años a nivel comunitario, con una prevalencia entre el 25% y el 50% específicamente para personas mayores de 85 años⁶⁵.

La diferencia en estos datos puede deberse a la heterogeneidad de las medidas utilizadas para detectar la fragilidad que, por otro lado, se puede derivar de las diferencias en su definición^{95,103,104}.

No obstante, los datos en su conjunto indican que es un síndrome de elevada prevalencia y, dado el progresivo envejecimiento de la población, con potenciales consecuencias relevantes en términos de calidad de vida y de utilización de recursos sanitarios y sociales⁴⁸.

2.3. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD

En este punto es conveniente resaltar el papel que pueden tener las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la prevención de la fragilidad y en su abordaje a través del seguimiento y monitorización de una serie de variables con alto poder predictivo de efectos adversos, facilitando las intervenciones específicamente dirigidas a su prevención y optimizando los mecanismos de comunicación ágil entre los profesionales de diferentes niveles y servicios, cuidadores y la propia persona objeto de seguimiento y/o intervención^{105,106}.

El requisito indispensable es conseguir herramientas útiles, sencillas y prácticas que puedan ser accesibles para la población a la que van dirigidas⁶⁶, si bien es cierto que la brecha digital en las personas de entre 65 y 80 años se está reduciendo de manera acelerada, en las generaciones mayores de 80 años aún persisten problemas y dificultades para utilizar herramientas basadas en las TIC.

Está demostrado que el uso de las TIC es beneficioso para las personas de 65 y más años ya que puede mejorar la interacción con otras personas,

estimula sus funciones cognitivas y contribuye a su bienestar y mejora su calidad de vida⁶⁶.

A continuación, se exponen una serie de herramientas basadas en las TIC para usuarios,

personas cuidadoras y para profesionales sociosanitarios, tal y como se detallan en un artículo específico del citado monográfico especial sobre la fragilidad publicado por la Revista Española de Salud Pública del Ministerio de Sanidad⁶⁶.

TIC dirigidas a usuarios y cuidadores:

- **VIVIFRAIL¹⁰⁷**. Basada en la prescripción de ejercicio multicomponente adaptado a la capacidad funcional y física de la persona a nivel comunitario. No obstante, es posible aplicarla en medio hospitalario. Se dirige a personas mayores de 70 años y a los profesionales prescriptores. En su página web se puede acceder a textos y herramientas de ayuda, tablas de ejercicios, vídeos, material gráfico y motivacional. Es posible aumentar o disminuir la intensidad del ejercicio según evolucione la persona. Además, VIVIFRAIL ayudaría a corregir o disminuir la pérdida de funcionalidad en personas mayores que viven en la comunidad con deterioro cognitivo leve y/o demencia en grados intermedios aportando beneficios en el estado anímico y en la función muscular¹¹.
- **El ejercicio te cuida¹⁰⁸**. Es un programa de ejercicio físico dirigido a mayores de 55 años. Proporciona un programa de ejercicio de tres sesiones semanales de 60 minutos de duración para mejorar o mantener su condición física y contribuir, de este modo, a la promoción de su salud y prevención de la pérdida de capacidad; promocionar estilos de vida saludable y ampliar recursos comunitarios de apoyo a los sistemas de servicios sociales y sanitarios. Dispone de una página web en la que se accede a una serie de videos con la explicación de los ejercicios.
- **Aplicación Rosita, de Hearts Radiant SL⁶⁶**. Es una aplicación que realiza una valoración inicial de la funcionalidad o fragilidad de la persona usuaria y, según los resultados obtenidos, se pautan una serie de ejercicios para mejorar su fuerza, equilibrio y resistencia. Adicionalmente, se persigue mejorar el manejo del dolor y contiene píldoras educativas sobre envejecimiento y/o longevidad saludable.
- **En buena edad¹⁰⁹**. Espacio web para la promoción del envejecimiento activo y saludable. Proporciona información, herramientas y asesoramiento para promocionar hábitos saludables. Permite la comunicación entre ciudadanía, profesionales, asociaciones y personas. Además, recopila la evidencia científica, buenas prácticas y organiza actividades de entrenamiento con profesionales, grupos específicos y/o para la ciudadanía general que permitan promover y adquirir competencias necesarias para envejecer de manera saludable.
- **POSITIVE³**: Define un ecosistema tecnológico destinado a prevenir la discapacidad entre la población mayor mediante la detección e intervención sobre la fragilidad. Facilita la conexión de todos los actores relevantes en el proceso de atención y acerca la atención al propio domicilio, Además, esta herramienta permite reducir en un 10% los costes relacionados con la hospitalización y la atención de emergencia y especialidad, así como un 3% los costes totales de salud anualmente.



TIC para profesionales sociosanitarios:

- **VALINTAN¹¹⁰**. Herramienta que facilita la VGI en atención primaria. Su eje principal es la funcionalidad y se centra en diagnósticos predefinidos asociados a intervenciones efectivas con evidencia científica para el abordaje de la fragilidad o la pérdida funcional. Permite ahorrar tiempo en la realización de la valoración y tiene un uso intuitivo. Finalmente, facilita las intervenciones adecuadas siguiendo una dinámica de validación centrada en las necesidades de profesionales y pacientes mayores en atención primaria¹¹¹.
- **Geriatrí APP¹¹²**. Permite determinar rápidamente el estado general de una persona. Realiza un abordaje global e identifica la población en riesgo que puede beneficiarse de una valoración por parte del profesional de atención primaria y, si es preciso, del geriatra de referencia. Facilita a los profesionales la toma de decisiones durante su ejercicio profesional, identifica problemas de salud y permite actuar sobre ellos.
- **Aplicación WHO ICOPE, Handbook APP, Integrated Care For Older People (ICOPE):** Guidance for person-centred assessment and plathways in primary care¹¹³. Proporciona ayuda a los profesionales de atención primaria para la implementación de las recomendaciones ICOPE. Incluye múltiples intervenciones para gestionar la disminución de la capacidad, proporcionar asistencia social y apoyar a los cuidadores. Además, contribuye a la capacitación de los profesionales que trabajan con las personas mayores en la atención a sus necesidades.
- **POWERFRAIL⁶⁶**. Evalúa la potencia muscular y la fragilidad mediante el test de potencia “Sit to stand to sit” (STS), que evalúa la potencia muscular de las extremidades inferiores durante el ejercicio de levantarse y sentarse de la silla; y el test de fragilidad/frailty Trait Scale (FTS-5)¹¹⁴ que evalúa el grado de fragilidad mediante 5 ítems: índice de masa corporal, equilibrio, fuerza manual, velocidad de la marcha y actividad física. Además, aporta recomendaciones personalizadas sobre las áreas de mejora y qué tipo de actividad física debe realizarse para alcanzar niveles saludables.

Es importante continuar con el desarrollo de herramientas TIC que faciliten la detección, intervención y monitorización. Así, se considera relevante integrar las principales herramientas de detección e intervención en los sistemas informáticos utilizados por los profesionales sanitarios. Se necesitan protocolos informáticos integrados, sencillos e inteligentes que faciliten el registro y guíen al profesional en la valoración y posterior diseño de las acciones de intervención⁶⁶.

Por otro lado, es imprescindible avanzar en la integración de los sistemas de información o

historias clínicas de forma que se disponga de una única historia clínica y social compartida entre todos los servicios y niveles asistenciales, así como desarrollar herramientas de comunicación clínica que faciliten situar a la persona atendida en el centro de todo el proceso, independientemente del profesional o nivel asistencial al que acuda⁶⁶.

Finalmente, es preciso recordar que la mayoría de Comunidades Autónomas están haciendo un esfuerzo para elaborar acciones de sensibilización o abordaje de la fragilidad que, en muchos casos, se difunden y se realizan a través de las TIC¹¹⁵.



2.4. MARCO NORMATIVO EN EL ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD

El aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a la preponderancia de un tipo de paciente crónico, con frecuencia dependiente y envejecido, que requiere de una asistencia sanitaria y social durante muchos años. Esta situación ha conducido a que la actividad sociosanitaria haya adquirido una gran importancia en las sociedades modernas, ya que no se proyecta exclusivamente sobre los problemas de salud, sino también hacia las necesidades de cuidado psicológico y social, para favorecer en definitiva una atención integral de la persona.

La relación sociosanitaria que tiene lugar entre los profesionales sociosanitarios y las personas atendidas, evidencia similitudes con la relación clínico-asistencial que se desarrolla entre los profesionales sanitarios y los pacientes, pero también particularidades que la hacen diferente, pues ambas se desarrollan con fines y en escenarios distintos. Uno de los objetivos a mejorar es el de la coordinación de los dos ámbitos de actuación.

A instancia fundamentalmente de las CCAA, se han dictado en España diversas leyes de acción social y servicios sociales, donde se recoge un estatus de derechos y deberes de las personas atendidas en el ámbito sociosanitario, que está generando un cuerpo de doctrina específico. A futuro, deben contemplarse mecanismos y políticas que permitan consolidar y completar estos derechos en todo el Estado¹¹⁶.

Hay un camino muy importante todavía por recorrer para aumentar los estándares de calidad de la atención sociosanitaria y la protección de las personas atendidas, como se puso de manifiesto durante la grave pandemia de la COVID-19, donde, así como la red sanitaria, no sin dificultades y con las limitaciones derivadas del desconocimiento científico del virus, consiguió dar una respuesta a los pacientes y la red sociosanitaria, particularmente los centros de mayores, sufrieron con especial dureza los embates de la crisis registrando altísimos índices de mortalidad por contagios.



2.4.1. Marco normativo internacional.

- **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 1 de diciembre de 2009¹¹⁷.**

En el artículo (art.) 25 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE) se dispone que "la Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural".

El art. 34 de la CDFUE proclama que la Unión Europea reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la dependencia o la vejez, lo que conlleva la necesidad de que los Estados Miembros informen de manera adecuada sobre las citadas prestaciones.

- **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, aprobada por la Asamblea General Ordinaria de la Organización de Estados Americanos de 15 de junio de 2015¹¹⁸.**

Esta convención, si bien tiene su origen en una región distinta de la europea, es el primer y único por el momento, instrumento jurídico internacional vinculante sobre los derechos de las personas mayores, en el que se incluyen algunos de carácter sociosanitario, como son los derechos al acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, a brindar consentimiento informado en el ámbito de la salud (art. 6), acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria (art. 7), a la seguridad social (art. 17) y salud (art. 19).

- **Partenariado de Innovación Europeo sobre envejecimiento activo y saludable (EIP on AHA)¹¹⁹.**

Este partenariado tiene como una de sus acciones priorizadas la prevención y diagnóstico precoz del deterioro funcional y cognitivo, con intervenciones dirigidas a la fragilidad. Además, el Programa Marco para la Investigación e Innovación 2014–2020 (Horizonte 2020): tiene 6 subprogramas directamente dirigidos a la fragilidad, y la 9ª llamada de propuestas de la Innovative Medicines Initiative 2013, dedica uno de sus 4 programas.

- **Década del Envejecimiento Saludable, 2021-2030¹²⁰.**

La Década del Envejecimiento Saludable se adherirá a los principios rectores de la Agenda 2030 (interconexión e indivisibilidad, carácter inclusivo, alianzas con múltiples partes interesadas, universalidad, no dejar a nadie atrás, equidad, solidaridad intergeneracional, compromiso y no hacer daño), así como a los que inspiran la estrategia mundial y la campaña mundial para luchar contra la discriminación por motivos de edad. La Década adoptará un enfoque basado en los derechos humanos, reconociendo la universalidad, inalienabilidad e indivisibilidad de estos derechos que corresponden a toda persona, sin distinciones de ningún tipo, y que incluyen los derechos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; a un nivel de vida adecuado; a la educación; a no sufrir explotación, violencia o abuso; a vivir en comunidad; y a participar en la vida pública, política y cultural. Las organizaciones que colaboren se atenderán a sus propios valores y principios rectores.

Para fomentar un envejecimiento y/o longevidad saludable y mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y comunidades, será necesario introducir

cambios fundamentales no solamente en las acciones que emprendamos sino también en nuestra forma de pensar acerca de la edad y el envejecimiento. La Década se centrará en cuatro ámbitos de actuación: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento; asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; ofrecer una atención integrada y centrada en las personas, servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores; y proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten.

2.4.2. Marco normativo estatal.

- **La Constitución Española de 1978¹²¹.**

El art. 9.2 de la Constitución Española (CE) dispone: “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”. El Estado debe asumir, por tanto, una política jurídica que tenga como objetivo la eliminación de dichos obstáculos a través de la promoción de medidas que garanticen la participación plena y efectiva de las personas de edad avanzada con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, para que continúen siendo parte activa de la sociedad.

En su art. 43, reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud. El art. 49, por su parte dispone: “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este

Título otorga a todos los ciudadanos”. Y en el art. 50, reconoce que los poderes públicos promoverán el bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderá los problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio a los ciudadanos durante la tercera edad, con independencia de las obligaciones familiares.

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹²².**

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a todos los españoles, orientando el sistema sanitario a la promoción de la salud.

- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹²³.**

La atención sociosanitaria definida en el art. 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, “comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”; así mismo, se establece que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

- **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹²⁴.**

El art. 2.2 define la dependencia como “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 falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

El art. 11 recoge como competencias de las Comunidades Autónomas “establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”.

En 2007 y dentro de la 1ª Conferencia de Prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España “Prevención de la dependencia en las personas mayores 60” se elaboró un documento de consenso sobre la prevención de la dependencia en las personas mayores.

Por otro lado, en consonancia con dicha Ley, el 19 de diciembre de 2011, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicó el “Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España”¹²⁵, como primer intento sistematizado por acercarse a esta cuestión compleja, pero cuyo tratamiento se hace imprescindible en los momentos actuales, en el que los sistemas de salud y de servicios sociales deben estar íntimamente coordinados en la medida en que lo importante son las necesidades concretas de las personas a quienes se dirigen.

- **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con Discapacidad y de su inclusión social¹²⁶.**

El art. 2 entiende por discapacidad “ aquella situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena



y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Con arreglo al mismo precepto, una persona con discapacidad puede gozar de una vida independiente, cuando "ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad, mediante los apoyos y recursos previstos en la Ley".

- **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud**¹²⁷.

Esta Estrategia provee de un marco general que permite el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones.

Tiene un enfoque integral, con una visión de curso de vida y equidad, teniendo en cuenta el entorno donde las personas desarrollan su vida diaria para que genere salud, proteja y posibilite el máximo potencial de salud y la prevención de enfermedades, con un enfoque poblacional, no solo mediante el abordaje de los factores de riesgo sino potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud, teniendo además en cuenta, las fortalezas y capacidades de las personas, la comunidad y sus «activos» en general⁴⁸.

Las líneas estratégicas que se abordan son: potenciación de la salud pública, coordinación y gobernanza territorial, equidad en salud, reorientación de los servicios de salud, intersectorialidad en salud, empoderamiento en salud, entornos saludables y seguros, así como participación y acción comunitaria.

En el marco de esta Estrategia se elaboró el “Documento de consenso de fragilidad y caídas en la persona mayor”³¹ aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 11 de junio de 2014, y su posterior actualización en mayo de 2022⁴⁸.

- **Decálogo de los derechos de las personas mayores en situaciones de pandemia de 2020**¹²⁸.

Elaborado por la Fundación Mutualidad Abogacía (Escuela de Pensamiento), en “Decálogo para la protección de los derechos humanos en pandemias”, Fundación Abogacía Española, Madrid, 2021.

2.4.3. Marco normativo autonómico.

- **Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid**¹²⁹.

En la Comunidad de Madrid, el actual sistema público de servicios sociales y de servicios sanitarios garantiza la protección social y la protección de la salud de todos los ciudadanos.

De este modo, la atención integral del sistema público de servicios sociales prima en sus intervenciones, los aspectos de prevención, promoción e inserción y destaca que las prestaciones deben posibilitar la permanencia de las personas en su entorno habitual de vida y de convivencia. Por su parte, el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid tiene por objeto hacer efectivo el derecho constitucional de protección de la salud.

- **Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid**¹³⁰.

Señalar que actualmente se encuentra en tramitación el proyecto de una nueva ley de servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

La cartera de servicios de los servicios sociales y sanitarios, respecto a la atención



domiciliaria, observa una gran confluencia y precisa la coordinación institucional para dar soluciones integrales a los problemas complejos que forman parte del itinerario vital de las personas.

En este sentido, el art. 11 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, expresa la necesaria coordinación del sistema público de servicios sociales con otros sistemas afines o complementarios, para el bienestar social, destacando el sistema sanitario.

- **Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid de 2013**¹³¹.

La Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid de 2013 dedica una de sus líneas de ejecución al desarrollo de elementos para potenciar la coordinación sociosanitaria, identificando y registrando los casos y desarrollando procesos de atención integral.

Esta coordinación sociosanitaria se puede definir como un "conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia".

3.

METODOLOGÍA



La participación activa de los profesionales sanitarios, sociales y comunitarios, así como de las entidades implicadas ha sido esencial en la metodología, para la elaboración del análisis de situación.

En todo el proceso de elaboración de este Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores se tuvo el convencimiento de la necesidad de incluir y potenciar la participación activa de los agentes y entidades implicados, tanto sanitarios como no sanitarios, sociales y comunitarios, ya que únicamente con el establecimiento de alianzas estratégicas entre todos estos agentes se podrán conseguir resultados óptimos en la mejora de la calidad de vida y bienestar de las personas mayores.

De esta forma, en las fases iniciales de obtención de información, se ha implicado a un amplio conjunto de entidades multidisciplinares y de diferente naturaleza (entidades sanitarias, colegios profesionales, sociedades científicas, corporaciones municipales, entidades privadas de prestación de servicios, entidades de

representación de personas mayores y/o pacientes, etc.) para la realización de un análisis de la situación lo más objetivo posible que sustente la estrategia y acciones contempladas en este Plan.

Este análisis inicial sirve para reconocer el esfuerzo y la trayectoria que todas estas entidades poseen en el abordaje de la fragilidad y promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable. Siendo un objetivo de este Plan estructurar, reordenar, reconocer y coordinar el trabajo que vienen desarrollando todas ellas.

Por otro lado, la metodología utilizada busca la corresponsabilización de todos los agentes en el desarrollo e implementación de las acciones contempladas en el Plan desde la misma concepción de las líneas estratégicas y acciones específicas a incluir.

Para realizar el análisis de situación inicial, se han desarrollado dos tipos de análisis, uno interno del sistema sanitario público y social de la Comunidad de Madrid, mediante la consulta a las Unidades Directivas de todos los servicios implicados en la atención sanitaria y social de la población mayor o igual a 65 años y un segundo análisis externo contando con un amplio conjunto de entidades multidisciplinarias y de diferente naturaleza, como los colegios profesionales, las sociedades científicas, las corporaciones municipales, las entidades privadas de prestación de servicios, entidades de representación de personas mayores y/o pacientes, etc.

FASES DE LA METODOLOGÍA



3.1. ANÁLISIS INTERNO

Se ha realizado en las siguientes fases:

- **Búsqueda y análisis de fuentes documentales** con el fin de valorar experiencias similares ya implementadas.
- **Recogida de información estructurada en base a tres ejes:** Prevención y fomento de un estilo de vida que facilite longevidad saludable; Detección e Intervención y Formación en el ámbito sanitario y social. Mediante la elaboración de un informe de análisis de situación por parte de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social y la cumplimentación de un cuestionario elaborado, expresamente, para la recogida de las actuaciones en el ámbito sanitario, en materia de fragilidad y longevidad por parte de la Consejería de Sanidad.

Una vez recopilada toda la información, se integró en un informe y se realizó una devolución de los resultados obtenidos a todas las unidades.

3.2. ANÁLISIS EXTERNO, DAFO Y CAME

El objetivo de esta fase era recopilar la información suficiente para hacer un análisis de la situación sobre las diferentes acciones e iniciativas que se desarrollan por entidades externas a la Consejería de Sanidad y a la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad Autónoma de Madrid para el abordaje de la fragilidad y longevidad saludable en personas mayores. Para ello, se adaptó el cuestionario desarrollado por la propia Consejería de Sanidad para recabar esta información de las diferentes entidades identificadas.

Esta información se complementó con un análisis de los aspectos y elementos que podrían actuar como facilitadores o como barreras en el desarrollo, implantación y evaluación del futuro Plan. Para ello, se optó por la realización de un análisis DAFO-CAME que ha permitido obtener una imagen lo más fidedigna posible de la situación actual y el planteamiento de la estrategia óptima para la obtención de los resultados deseados con el Plan a desarrollar.

Así, se establecieron tres grandes categorías de entidades a las que se les solicitó su colaboración en la cumplimentación del cuestionario y/o el análisis DAFO-CAME.

En primer lugar, tenemos a las entidades con algún tipo de responsabilidad en la prestación de servicios para el abordaje de la fragilidad y longevidad saludable. Nos referimos a los ayuntamientos y entidades privadas de prestación de servicios, por ejemplo, patronales del sector o entidades concretas con las que existe algún tipo de acuerdo o convenio con la Consejería de Sanidad.

Para intentar garantizar la representatividad de la muestra de ayuntamientos a los que se les invitaría a participar en esta fase de recogida de información, se analizó la distribución de los ayuntamientos de la Comunidad de Madrid en función de su tamaño.

Se propuso invitar a un total de 13 ayuntamientos con la siguiente distribución:

>	Hasta 1.000 habitantes:	1
>	De 1.001 a 5.000 habitantes:	3
>	De 5.001 a 10.000 habitantes:	3
>	De 10.001 a 50.000 habitantes:	3
>	De 50.001 a 100.000 habitantes:	1
>	De 100.001 a 500.000 habitantes:	1
>	Más de 500.000 habitantes:	1



Además, también se quiso obtener una mayor representatividad de la población por Direcciones Asistenciales de Atención Primaria, así, se propusieron municipios de tal forma que las representaran a todas.

Finalmente, participaron los Ayuntamientos de Getafe, Humanes de Madrid, Madrid, San Martín de Valdeiglesias y San Sebastián de los Reyes. Estos 5 ayuntamientos representan a un total de 3.639.514 habitantes de la Comunidad de Madrid, un 53,68% de la población total.

En segundo lugar, se consideró imprescindible contar con la opinión y escuchar las demandas de los potenciales beneficiarios del futuro Plan. Estos son las propias personas de 65 y más años. De esta forma, se invitó a entidades de representación de personas mayores y de representación de pacientes.

En tercer lugar, se quiso contar con las aportaciones y visión estratégica de los profesionales que desarrollan su labor diaria en actividades relacionadas con el abordaje de la fragilidad y longevidad saludable. En este grupo se han incluido a diferentes colegios profesionales y sociedades científicas.

Así, se estableció que cumplimentasen:

- El cuestionario: a las entidades que prestan algún servicio relacionado con la fragilidad y longevidad saludable, es decir, el primer grupo formado por ayuntamientos y entidades privadas.
- El análisis DAFO-CAME: a todas las entidades identificadas.

Es preciso señalar en este momento, que se contactó con la Consejería de Educación, Universidades, Ciencia y Portavocía y con la Consejería de Cultura, Turismo y Deportes para que informaran de las actividades propias que pudieran enmarcarse dentro del ámbito de la promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable y abordaje de la fragilidad.

Una vez recopilada toda la información, se integró y se realizó una devolución de los resultados obtenidos a todos los grupos en diferentes reuniones.

El objetivo principal de estas reuniones fue validar dicha información y complementarla con la información obtenida en el análisis DAFO-CAME. Además, se persiguió transmitir el mensaje de que el desarrollo del futuro Plan contaría con la participación e implicación de todos los agentes identificados desde el mismo análisis previo al diseño del Plan.

Se consideró que la estrategia óptima era realizar reuniones con cada uno de los grupos por separado para tratar de obtener el máximo beneficio posible de cada uno de ellos.

4.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN



El análisis de la situación interna y externa ha permitido el conocimiento de la realidad actual, identificando las actuaciones y buenas prácticas que se realizan en prevención y en el abordaje de la fragilidad en la Comunidad de Madrid.

4.1. ANÁLISIS INTERNO DE LA PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD

Este análisis de situación interna ha pretendido identificar las actuaciones que se realizan y las mejores prácticas de prevención y atención en fragilidad y longevidad saludable de la Comunidad de Madrid, que, junto con el análisis externo, nos ha permitido definir, planificar y programar líneas estratégicas y actuaciones necesarias para el desarrollo del Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025.

Con el objeto de conocer la realidad de la que partíamos y poder mejorarla, se realizó durante los meses de noviembre de 2021 a enero de

2022 un diagnóstico interno del sistema sanitario público y social de la Comunidad de Madrid, mediante consulta a las Unidades Directivas de todos los servicios implicados en la atención sanitaria y social de la población mayor o igual a 65 años, dentro de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social sobre actuaciones que se venían desarrollando hasta la fecha de 31 de noviembre de 2021.

Dicho análisis se ha estructurado atendiendo a tres ejes:

1. **Prevención** y el fomento de un estilo de vida facilite una longevidad saludable.
2. **Detección** e intervención.
3. **Formación**.

4.1.1. Análisis de las actuaciones de la Consejería de Sanidad.

Dentro de la Consejería de Sanidad las actuaciones identificadas en materia de fragilidad y longevidad saludable son las siguientes:

4.1.1.1. Actuaciones realizadas encaminadas a la prevención de la fragilidad y el fomento del estilo de vida para una longevidad saludable en personas mayores de 65 años.

4.1.1.1.1. Acciones específicas para mejorar el estado de salud en general y reducir el riesgo de volverse frágil.

La Dirección General (DG) de Salud Pública realiza un análisis de la situación funcional y de los factores de riesgo relacionados con la fragilidad a través del SIVFRENT-Mayores (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población adulta.), así como también participa representando a la Comunidad de Madrid (CM) en la gestión continuada del Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.

Esta DG ha reeditado y difundido en los centros de salud, centros de mayores y en la página web institucional, la “Guía de Prevención de Accidentes en las personas mayores”, así como la elaboración y gestión de los planes de prevención ante los efectos del calor y de prevención ante los efectos del frío.

Así mismo, en 2021 se celebró el Día Mundial de las Personas Mayores, con el objetivo de promocionar una imagen positiva de las personas mayores y han participado en el Documento Marco “Promoción del envejecimiento saludable a través del abordaje de la fragilidad”⁴.

La Subdirección General (SG) de Farmacia y Productos Sanitarios dentro de las residencias dependientes de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS) lleva a cabo las siguientes actuaciones:

- Programa de adherencia al residente institucionalizado (Adaptación del Programa de Atención al Mayor Polimedicado de la SG de Farmacia y Productos Sanitarios¹³²).
- Implantación de la Estrategia de reducción de uso crónico de benzodiacepinas en la Comunidad de Madrid, año 2017.
- Programa de Telemedicina entre el centro sociosanitario y el hospital de referencia.
- Suministro de productos dietoterápicos a hospitales del Servicio Madrileño de Salud y a centros de asistencia social de titularidad pública dependientes de la AMAS.
- Participación en comisiones de Continuidad Asistencial y subcomisiones del Programa de optimización de uso de antibióticos (PROA) ambulatorio.

La Gerencia de Atención Primaria (GAP) dentro de su Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) recoge los siguientes servicios (Sº), alineados con la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid¹³¹:

- **Sº 403:** Promoción de estilos de vida saludable en el adulto, vigente desde el año 2007.
- **Sº 404:** Detección del riesgo cardiovascular y otros problemas de salud prevalentes en el adulto (Sedentarismo, Tabaquismo, consumo de alcohol, Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC), Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Hipercolesterolemia (HCL), Obesidad, etc.
- **Sº 420:** Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional. Dirigido a la población ≥ de 70 años, estratificada en base al nivel de deterioro funcional.

La GAP dispone de un “Cuadro de Mandos del Mayor” de monitorización trimestral, que contempla los siguientes indicadores:

- Indicadores de actividad, como la frecuentación de las consultas de médicos y enfermeras sobre el total de la población atendida.



- Indicadores de efectividad y seguridad.
 - Porcentaje de personas institucionalizadas en residencias.
 - Porcentaje de personas vacunadas de gripe.
 - Porcentaje de personas inmovilizadas y/o encamadas con actividades de prevención de úlceras por presión.
 - Porcentaje de personas encamadas con úlceras por presión.
 - Porcentaje de control del paciente hipertenso ajustado por edad.
 - Porcentaje de control del paciente diabético ajustado por edad.
- Indicadores relacionados con la estrategia de crónicos de la CM.
 - Porcentaje de asignación del nivel de intervención (pacientes crónicos con nivel de intervención asignado (>=70años).
 - Porcentaje de pacientes crónicos en instituciones sociosanitarias con Nivel de Intervención asignado (>=70años), con Nivel de Riesgo alto y Nivel de Intervención asignado (>=70años).
- Indicadores de adecuación del tratamiento farmacológico.
 - Porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica en tratamiento con estatinas.
 - Porcentaje de prevención secundaria nivel de enfermedad cardiovascular con antiagregantes.
 - Porcentaje de control del hipercolesterolemia en prevención secundaria de cardiopatía isquémica.
 - Porcentaje de adecuación del tratamiento de pacientes diabéticos con nefropatía.

Así mismo, de forma anual, los centros de salud realizan intervenciones comunitarias y actividades de Educación para la Salud (EPS) dirigidas a las personas frágiles. En la actualidad hay 9 actividades vigentes, validadas por la Comisión de Validación de Proyectos Educativos Grupales de la CM (COVAM).

Proyectos Educativos Grupales de la CM en Atención Primaria

- Ejercicios adaptados dirigidos a personas mayores frágiles.
- Prevención de accidentes en personas mayores.
- Alimentación dirigida a personas mayores frágiles.
- Prevención de los efectos del calor dirigido a cuidado de personas mayores.
- Prevención de accidentes dirigido a personas mayores frágiles.
- Factores de riesgo de caídas y factores protectores dirigidos a mujeres mayores de 65 años.
- Prevención del deterioro cognitivo en personas mayores frágiles.
- Taller “Conoce Tus Medicamentos”.
- Educación para la salud bucodental en personas mayores de 60 años.

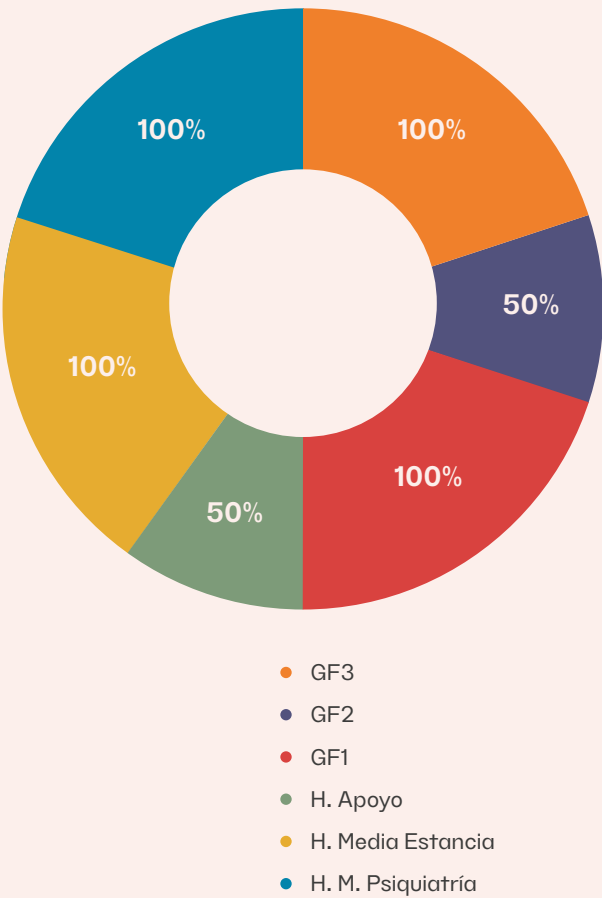
Existe además un repositorio de proyectos centralizado a disposición de todos los centros de salud, con más de 54 proyectos desde el 2012 hasta la fecha. A continuación, se exponen algunos ejemplos:

Repositorio Proyectos EPS en Atención Primaria

- Programa de ejercicio físico multicomponente para personas mayores VIVIFRAIL. C.S. Pavones, D.A. Sureste
- Taller de educación para la salud para mayores con riesgo de caídas. C.S. Rafael Alberti, D.A. Sureste.
- Ejercicio físico en el paciente mayor Post –Covid. C.S. Meco, D.A. Este.
- Mayores activos. C.S. Gandhi, D.A. Este
- Quinta edición aprendiendo a cuidar a nuestros mayores. C.S. Andrés Mellado, D.A. Centro.
- Prevención del deterioro cognitivo en personas mayores frágiles. C.S. Arroyo Media Legua, D.A. Sureste. C.S. Doctor Trueta, D.A. Oeste. C.S. Colmenar Viejo Norte, D.A. Norte
- Afrontando el dolor crónico de espalda para personas mayores. C.S. Los Alpes, D.A. Este.
- Taller de autocuidado para personas mayores. C.S. Lucero, D.A. Centro
- Actividad física en las personas mayores frágiles C.S. Condes de Barcelona, D.A. Noroeste
- Manejo del deterioro cognitivo en personas mayores. Consultorio del Álamo, D.A. Oeste.

La Red Hospitalaria (Anexo B) desarrolla actividades de valoración integral (Gráfico 1) con una perspectiva clínica, social, nutricional, cognitiva, funcional, y de fomento de la autonomía personal, tanto en consultas externas como en hospitalización, dentro del Proceso Asistencial Integrado del paciente Crónico Complejo, el Plan de Cuidados del Anciano Frágil y el Programa de Optimización Funcional.

Gráfico 1 Implementación de actividades de valoración integral en la Red Hospitalaria.



Estas actividades están destinadas principalmente a:

- Fomentar la sedestación precoz, minimizando el tiempo de reposo innecesario.
- Fomentar la continencia.
- Potenciar el uso de prótesis visuales y auditivas para disminuir el aislamiento sensorial.



- | | |
|---|--|
| - Ajustar la polifarmacia, control de medicaciones de riesgo (opioides, antipsicóticos, anticoagulantes, etc.). | - Promover la personalización y el cuidado de la intimidad. |
| - Realizar la detección precoz de riesgo de malnutrición. | - Fomentar la educación del paciente y de los familiares durante el ingreso y al alta, promoviendo espacios de encuentro entre pacientes y cuidadores, como el Programa “Escuela de Pacientes y Familiares”. |
| - Realizar el despistaje de disfagia. | - Asegurar la continuidad entre niveles asistenciales al alta. |
| - Realizar la detección y abordaje individualizado de síndromes geriátricos. | |
| - Realizar la detección del riesgo de caídas. | Destacar que todos los hospitales de la Comunidad de Madrid llevan a cabo recomendaciones y consejos de hábitos saludables, como la promoción de la actividad física y alimentación para la promoción de la longevidad saludable, evitando hábitos nocivos y promoviendo el control de los factores de riesgo. |
| - Realizar la detección de sufrir úlceras por presión. | |
| - Asegurar el control del dolor y la optimización de la analgesia. | |

Experiencias concretas para mejorar el estado de salud en general y reducir el riesgo de volverse frágil, en mayores de 65 años en hospitales

- **H. U. Infanta Leonor:** Proceso “Hospital Amable” para la persona mayor, se trata de un proyecto transversal que implica a todo el hospital, desde que el paciente entra por la puerta hasta su alta.

Tiene definido 4 áreas de acción: la asistencia sanitaria, la formación a todos los profesionales, la adaptación del entorno y las estructuras, y la implicación de los pacientes y sus familiares.
 - La asistencia sanitaria se centra en prevención y detección del delirium o cuadro confusional agudo y del deterioro funcional, así como del abordaje del mayor frágil, mediante una estrategia multicomponente de intervenciones no farmacológicas específicas, relativas a la orientación, la nutrición e hidratación, el ritmo sueño-vigilia, y las alteraciones sensoriales y de movilidad. A destacar las siguientes actividades:
 - Uso de relojes y calendarios en todas la habitaciones, unidades especiales y urgencias.
 - Información por cartelería de prevención de inmovilidad y delirium.
 - Análisis de la prevalencia al ingreso asociada al deterioro funcional.
 - Decálogo de “No hacer para mejorar el sueño nocturno”.
 - Puesta en marcha de la consulta de Valoración geriátrica integral (para mayores con Cáncer hematológico, de mama y/o ginecológico).
 - Diseño y distribución de programas de ejercicios adaptados a la movilidad en todas las plantas de hospitalización.

<<

- La formación a los profesionales se ha hecho con el objetivo de cambiar el enfoque de éstos, mediante una sesión general sobre “Hospital Amable para la persona mayor” y sesiones específicas sobre prevención del delirium, prevención del deterior funcional y el proceso de adecuación farmacológica por vía oral versus intravenosa.
- En lo referente a la revisión y adaptación de las estructuras, se ha mejorado la señalización, con cartelería clara y letra grande, de las zonas de hospitalización y de la 1º planta (quirófano, laboratorio, consultas, urgencias, rayos, y la U.C.I.), se ha cambiado el horario de paso de las máquinas de limpieza para favorecer el descanso nocturno, se ha dotado de andadores y bastones trípodes para favorecer la movilidad. En urgencias los pacientes tienen una silla para poder levantarse de la cama, en la unidad de corta estancia se ha habilitado una librería pequeña con un sofá para pacientes y familiares y también se han colocado vinilos oscuros en la sala de espera de oftalmología.
- Respecto a favorecer la implicación de los pacientes y familiares para conocer su visión y sus necesidades y de esta forma hacerlos partícipes del proceso de abordaje de su enfermedad y recuperación, se ha realizado una encuesta de satisfacción por las distintas unidades.
- **H.U. Infanta Elena:** Valoración Holística por los servicios de Medicina Interna y Geriátría, de los pacientes frágiles ingresados.

Otras actividades que realizan son:

- Plan para favorecer el descanso nocturno.
- Prevención y detección precoz del delirium: orientación en espacio y tiempo en cada contacto o traslado, realización de escala CAM por turno por parte de enfermería.
- Fomento de la continencia: control de esfínteres y programas de micción programada.
- Seguimiento ambulatorio al mes del alta hospitalaria, valorando la situación funcional, la adherencia al tratamiento y los cuidados mediante una entrevista telefónica y una encuesta por correo electrónico al paciente o a su cuidador principal.
- **H.G. de Villalba:** El Plan de Sociedad Civil desarrollado en colaboración con Ayuntamientos y la Gerencia de Atención Primaria, y la participación de pacientes, asociaciones de pacientes y corporaciones locales, promoción de hábitos saludables en Centros de Mayores y Polideportivos, e intervenciones en medios de comunicación local tratando temas relacionados con el envejecimiento saludable y la fragilidad.
- **H.U. Fundación Jiménez Díaz:** En el Portal del paciente incluye un apartado específico para mayores dentro del Área de Bienestar para promoción de la longevidad saludable.
- **H.U. Rey Juan Carlos:**
 - Unidad de Hospitalización de Fragilidad: cuyo objetivo principal es ofrecer al paciente anciano y con criterios de fragilidad que requiere ingreso hospitalario, un cuidado médico y de enfermería integral de máxima calidad, junto a las medidas precisas para evitar el deterioro funcional y cognitivo asociado al ingreso, incidiendo en medidas que promuevan la actividad física y la realización de actividades de la vida diaria durante el ingreso (incluyendo sala de terapia ocupacional), y fomentando la orientación temporal para evitar el delirium y/o

>>



<<

- los cuadros confusionales. Se trabajan, así mismo, otros problemas relacionados con la fragilidad como son la nutrición y la polifarmacia.
- Consulta prequirúrgica de paciente frágil: para detección de problemas que puedan ser abordados antes de la cirugía o en el postoperatorio inmediato.
- Talleres presenciales y virtuales para la población mayor del área sanitaria sobre envejecimiento saludable.
- Programa virtual de formación a médicos de residencia.
- **H. El Escorial:** Sesiones formativas sobre fragilidad en otras especialidades distintas a Geriátría, como son Traumatología, Urgencias, CGD, etc.
- **H.U 12 de Octubre:** Participa mensualmente en el Programa “Cúrese en Salud” en la Cadena Ser Madrid Sur como estrategia de promoción de la salud comunitaria. En dicho programa se divulgan conceptos básicos de la salud del mayor, encaminado a compartir conceptos de geriatría general, envejecimiento saludable, fragilidad, etc.
- **El H.U de Getafe desarrolla:**
 - Programa de envejecimiento saludable del Hospital de Día.
 - Aplicación sistemática de la Valoración Geriátrica Integral en todos los pacientes.
 - Programa de coordinación para la atención de pacientes institucionalizados en residencias adscritas a su hospital.
- **H.U Infanta Sofía:** Consulta telemática con centros de salud de Torrelaguna y Lozoya para gestión de casos complejos.
- **H.U. Infanta Cristina:** Programa “IMPRICA” para la atención a la fragilidad del paciente prequirúrgico.
- **H. General U. Gregorio Marañón** está desarrollando diversas actuaciones en:
 - Sº de Geriátría: Seguimiento extrahospitalario para mejorar la continuidad asistencial.
 - Vía Clínica de Atención al Anciano Frágil y la Vía Clínica del Anciano con Fractura de Cadera, como acciones específicas para mejorar el estado de salud.
 - En su Instituto de Psiquiatría y Salud Mental (IPSM) se desarrolla un “Programa de Hábitos Saludables”, y además cuenta con una Consulta Telemática de EPOC, donde la enfermera especialista da consejos de educación y prevención sobre nutrición, ejercicio físico, manejo de inhaladores y cumplimiento terapéutico.
 - Participación de Trabajo Social y Enfermería de Continuidad, en la coordinación sociosanitaria de distrito con la finalidad de promocionar la salud en las personas mayores.

4.1.1.1.2. Acciones para dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol.

La GAP dentro de su CSE recoge los siguientes servicios:

- Sº 415: Atención a la persona adulta que consume tabaco.
- Sº 416: Atención a la persona adulta con consumo de riesgo de alcohol.

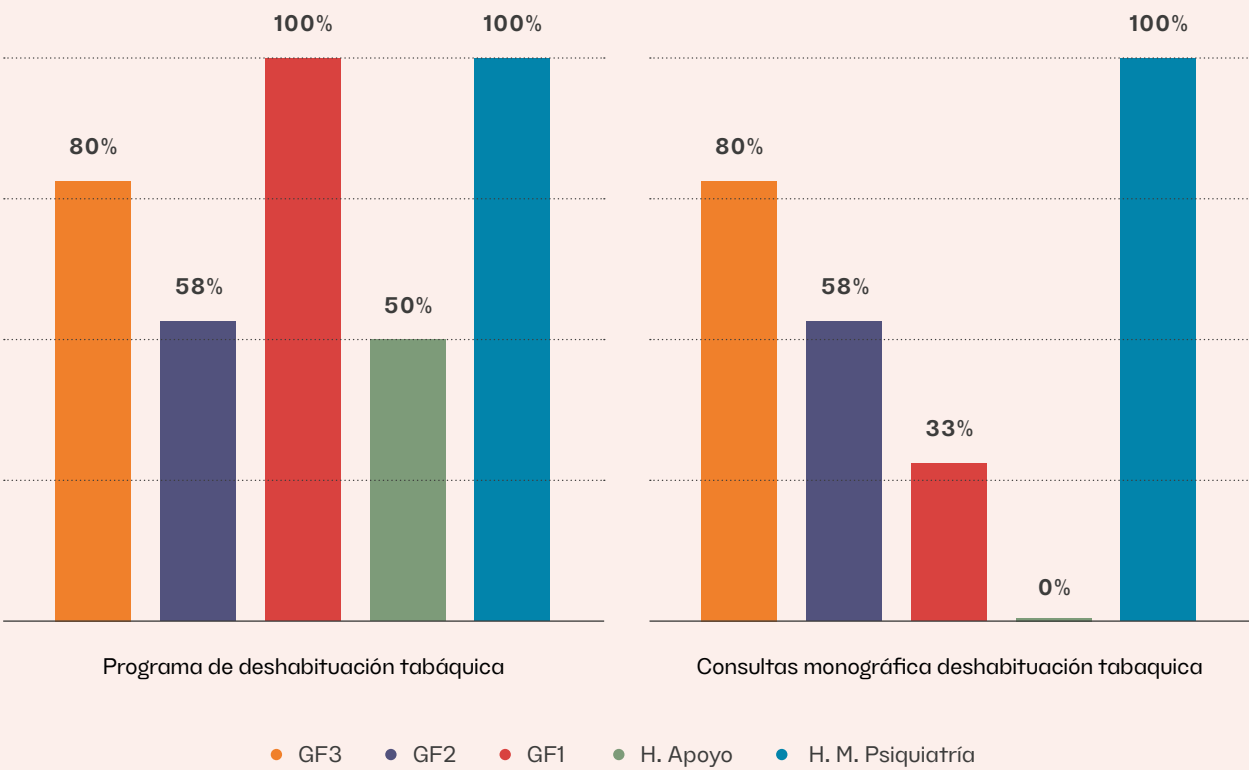
En la Red Hospitalaria, por parte de los Servicios de Geriátría, de las Unidades de Hospitalización, de Urgencias, de los Servicios de Neumología y

de Medicina Interna, se imparten recomendaciones para dejar de fumar, y además tienen implantado un Programa de Deshabituación y consultas (Gráfico 2).

Como ejemplos de experiencias concretas relativas a la reducción del consumo de alcohol, el H.U. 12 de Octubre y el H.U. Ramón y Cajal cuentan con el Programa de Tratamiento para el Alcoholismo y la dependencia de otras sustancias, a través de consultas externas de Psiquiatría.

En los hospitales monográficos de psiquiatría se valora la funcionalidad de los pacientes ingresados, el uso de tóxicos y conductas disruptivas, con especial valoración de las conductas autolesivas o hetero agresivas.

Gráfico 2
Implementación de acciones para dejar de fumar en la Red Hospitalaria.



4.1.1.1.3. Acciones para fomentar el ejercicio físico y evitar la vida sedentaria y acciones de entrenamiento en actividad física multicomponente.

La DG de Salud Pública ha reeditado y difundido en los centros de salud, en los centros de mayores y en la página web institucional, la Guía para personas mayores activas “Hacemos ejercicio a cualquier edad”¹³³.

La CSE de la GAP, en todos los servicios de promoción de la salud en población adolescente, adultos, mayores y personas con patologías crónicas en línea con la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la CM, incluye consejos para fomentar la actividad y el ejercicio físico. Además, dentro del Sº 420 (Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional), el Criterio de Buena Atención (CBA) 4 hace referencia al plan de actuación para personas mayores con cribado de fragilidad positivo o riesgo alto de caídas, e incluye dentro del apartado de Educación Estructurada, el consejo, entre otros, de realización de ejercicio físico multicomponente. Los programas de entrenamiento multicomponente incluyen ejercicios de resistencia aeróbica, de fuerza muscular, de caminar y de equilibrio, así como de flexibilidad⁴⁸.

En la Red Hospitalaria, los hospitales del GF3 en sus Servicios de Geriátría, Unidades de Convalecencia, Neumología, Rehabilitación y Cardiología, y Hospitales de Día, realizan las siguientes actividades:

- Valoración del “Short Physical Performance Battery” (SPPB), que consiste en la realización de tres pruebas: una de equilibrio (en tres posiciones: pies juntos, semi-tándem y tándem; otra de velocidad de la marcha (sobre 2,4 o 4 metros) y la última, levantarse y sentarse en una silla cinco veces.
- Valoración por parte del Servicio de Rehabilitación para adecuar el tratamiento de recuperación funcional fisioterapéutico.
- Promoción de actividades físicas en pacientes con EPOC.
- Programa de Rehabilitación Cardíaca.

- Programa ACTIVEPOC.
- Servicio de Terapia ocupacional.
- Recomendaciones para el fomento del ejercicio físico multicomponente de equilibrio, estiramiento y resistencia (Programa VIVIFRAIL^{11,107}).
- Prevención de caídas en pacientes institucionalizados.
- Educación sanitaria.

El 77% de los hospitales del GF2 y el 100% de los hospitales del GF1 realizan, desde los Servicios de Geriátría, Ortogeriatría, las Unidades de Fractura de Cadera y las Unidades de Optimización Funcional y Rehabilitación, acciones para fomentar el ejercicio físico y evitar el sedentarismo, en todos los pacientes ingresados y en consultas externas, mediante el Programa de Ejercicio Físico Multicomponente VIVIFRAIL. Este programa incluye recomendaciones específicas de ejercicio físico para ancianos y pacientes.

Además, en el 50% de los hospitales del GF2, en sus Servicios de Geriátría, Rehabilitación y Neumología, se realizan programas de rehabilitación de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave.

Los hospitales de apoyo realizan recomendaciones y consejos sobre el ejercicio físico y prevención de caídas, desde las consultas de Geriátría y la Unidad de Cuidados Continuados.

En los hospitales de media estancia disponen de Protocolos de Rehabilitación al Paciente con Ictus, Protocolos de Deterioro Funcional y Ortogeriatría. También imparten educación para la salud sobre hábitos saludables, alimenticios e higiénicos y promoción de vida activa, e implementan el Programa de Ejercicio Multicomponente Vivifrail para prevenir la fragilidad, el riesgo de caídas, desarrollar y fomentar las actividades de la vida diaria en el entorno hospitalario.

Los hospitales monográficos de psiquiatría imparten sesiones de educación para la salud

sobre hábitos saludables, alimenticios e higiénicos y promoción de vida activa y disponen de un servicio de Fisioterapia para la prevención y el

tratamiento del deterioro funcional. El H.U. José Germain cuenta además con un monitor de actividad física.

Experiencias en hospitales de acciones para fomentar el ejercicio físico, evitar la vida sedentaria y acciones de entrenamiento en actividad física multicompetente en mayores de 65 años

- **H. de la Fuenfría:** Canal de televisión interno donde se emiten ejercicios de rehabilitación y facilita a sus pacientes "La Guía de Prevención de Caídas".
- **H.U. Puerta de Hierro:** Gimnasio para los pacientes de Ortogeriatria y Geriatria de Agudos, con Terapeuta Ocupacional integrado en el Sº de Geriatria y la emisión de vídeos formativos para pacientes ingresados en traumatología. Además de tener el Grupo de Seguimiento de Fracturas por Fragilidad.
- **H.U. de La Princesa:** Programa “Movimiento es salud” donde se realiza una selección de pacientes para derivar a la Unidad de Recuperación Funcional y el “Programa Cajal” que facilita fisioterapia domiciliaría.
- **H.U. Fundación Jiménez Díaz:** Cuestionario de Actividad Física y Recomendaciones en el Portal del Paciente para fomentar el ejercicio y evitar la vida sedentaria. Al alta del Servicio de Ortogeriatria, el personal de enfermería de geriatria prescribe la realización de ejercicio físico, explica cómo realizarl los ejercicios y se facilita una pesa y una cinta.
- **H.U. Infanta Leonor:** Actualmente está colaborando en dos Proyectos de Investigación:
 - Estudio FUNCRAIL que investiga la fragilidad y la función física en una cohorte española de pacientes mayores con VIH.
 - Estudio MOVihNG: evalúa el impacto de un programa de ejercicio multicomponente personalizado en la fragilidad, la función física y la calidad de vida de las personas mayores con VIH.
- **H. General U. Gregorio Marañón:** Proyecto de Investigación AGECAR que se lleva a cabo por financiación competitiva del Instituto de Salud Carlos III (2017-2021) y cuyo objetivo es prevenir el deterioro funcional durante la hospitalización.

Disponen de un Documento de prevención de caídas en el Sº de Medicina Interna y en su Sº de Rehabilitación realizan consejos de estimulación de la movilidad al alta y consejos de actividad física básica en domicilio, en paciente con dolor crónico y deterioro.

El Sº de Traumatología tiene la “Escuela de prótesis de rodilla”, donde se realiza educación para la salud, recomendaciones de ejercicio físico pre y postoperatorio y consejos nutricionales.

- **H.G. de Villalba:** Escuela de Prótesis y de Cuidadores.



- **H. Virgen de la Torre** dispone de un “Cuadro de Mandos” que recoge indicadores de detección del deterioro funcional en pacientes ingresados, explotando los datos del formulario de valoración de enfermería al ingreso y al alta.
- **H.U. de Getafe:** Programa de prevención del deterioro funcional durante el ingreso en pacientes frágiles y el Programa de promoción de la actividad física en las personas mayores en colaboración con el Ayuntamiento de Getafe.
- **H.U. del Henares:** Desarrolla el Programa de Ejercicios multicomponente “OTAGO”.
- **H.U. Infanta Sofía:** Programa de Ejercicio Físico Multicomponente VIVIFRAIL para las 18 residencias del área junto a un programa de telemedicina.
- **H. C. de la Cruz Roja San José y Santa Adela:** Mediante una colaboración multidisciplinar del Sº de Geriatria, la Consulta de Fragilidad y prevención de caídas, y el Sº de Rehabilitación desarrollan las siguientes actuaciones:
 - Programa de Ejercicio Multicomponente dirigido por fisioterapia con uso de máquinas de resistencia.
 - Empleo de telemedicina en el seguimiento de pacientes en rehabilitación, mediante videoconferencias por parte del médico rehabilitador y/o geriatra, y seguimiento también por parte de fisioterapeutas, logopedas, etc.
 - Fomento del uso de dispositivos portátiles "Wearables Devices" para incentivar ejercicio y monitorizar sus efectos en los pacientes que acuden a consulta. Tras su valoración y prescripción de ejercicio terapéutico, se les informa y se pone a su disposición recomendaciones generales y un tríptico explicativo con ejercicios orientados por su patología musculoesquelética. Dicha información también está expuesta en formato cartel código QR, tanto en las consultas como en las salas de espera, con la posibilidad de descargarse, tanto los vídeos explicativos como la información escrita.



4.1.1.1.4. Acciones dirigidas a mejorar la dieta para lograr y mantener un peso saludable.

La SG de Farmacia y Productos Sanitarios ha mejorado el acceso y la adquisición de dietoterápicos a través del suministro de éstos a hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y a centros de asistencia social de titularidad pública dependientes de la AMAS.

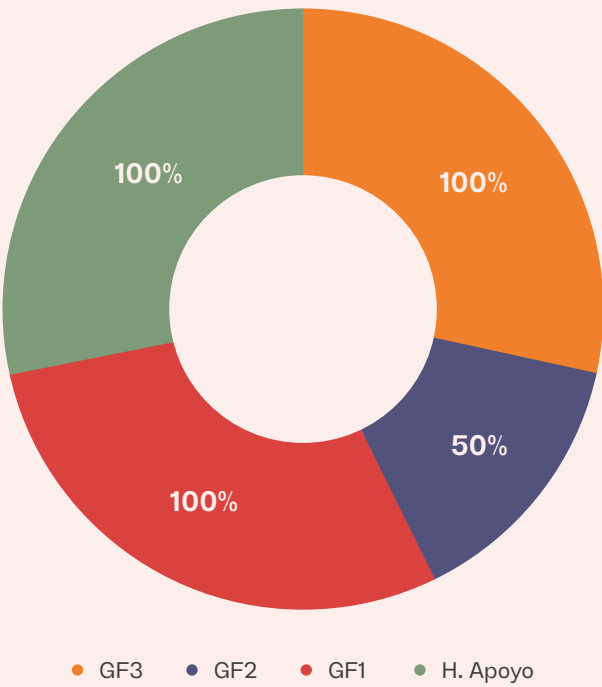
La GAP dentro de su CSE en el Sº 420 (Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional), en sus CBA 4 y 5 incluyen dentro del ítem de Educación Estructurada, el consejo sobre alimentación saludable.

En la Red Hospitalaria, los hospitales GF3, GF2 y GF1, los servicios de Geriátría, Medicina Interna, Endocrinología, Unidad de Disfagia y Consulta de Nutrición, realizan la valoración y control de los parámetros nutricionales en el adulto mayor, para la detección y abordaje de la sarcopenia, la malnutrición y los problemas de deglución adecuando las dietas individualmente según patologías (Gráfico 3). Asimismo, realizan educación sanitaria, recomendaciones dietéticas a familiares y prescripción de suplementos nutricionales si se precisan en hospitalización, consultas externas y a través del geriatra de enlace en pacientes institucionalizados en residencias.

Los hospitales de apoyo, de media estancia y de psiquiatría realizan la valoración nutricional,

el consejo nutricional, también implementan el Programa de Atención al Paciente con Disfagia y el Programa de Atención Farmacéutica al paciente con soporte nutricional. Además, el 66% de los hospitales de media estancia, cuentan con una Comisión de Nutrición Multidisciplinar donde revisan los menús por aporte nutricional y variedad en los platos.

Gráfico 3
Acciones de mejora de dieta en hospitales.



Experiencias concretas para mejorar la dieta en hospitales

- **H. General U. Gregorio Marañón:** Educación Sanitaria “EPAS” específica para pacientes con trasplante renal y hepático.
- **H.U. de Getafe:** Programa “Desnutrición Zero” y Programa de Detección de Desnutrición mediante el cribado sistemático del riesgo o la existencia de malnutrición en los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos, Hospital de Día y la consulta externa del Servicio de Geriátría.
- **H.U. Móstoles:** Detección de la obesidad en pacientes valorados en consulta de Neumología, a los que se les deriva a la Consulta de Dietética para estudio y tratamiento en pacientes con síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) y síndromes de Hipoventilación.

- **H.U. Rey Juan Carlos:** Taller virtual de educación para pacientes impartido por el Servicio de Endocrinología.
- **H.G. de Villalba:** Programa de Dieta Cardiosaludable mediante formato multimedia y presencial.
- **H. El Escorial:** Proyecto Nutriger, se lleva a cabo con las residencias para la detección y tratamiento de la disfagia orofaríngea y pone a disposición de las residencias la teleconsulta con un nutricionista.

4.1.1.1.5. Acciones de prevención y detección de las enfermedades crónicas más estrechamente asociadas a la fragilidad.

La CSE de la GAP incluye los siguientes servicios:

- **Sº 404:** Detección del riesgo cardiovascular y otros problemas de salud prevalentes en el adulto (tabaco, EPOC, alcohol, HTA, DM, HCL, obesidad y sedentarismo).
- **Sº 419:** Atención al paciente con trastorno neurocognitivo mayor.
- **Sº 502:** Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos.

En línea con la Estrategia de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas de la C.M, se realiza la asignación de niveles de intervención (NI) bajo, medio y alto, lo que permite mejorar la detección y la atención de la fragilidad. Además, existe un cuadro de mando, para monitorizar periódicamente 30 indicadores, entre los que cabe destacar el % de pacientes crónicos en instituciones sociosanitarias con NI asignado.

La Red Hospitalaria, con la finalidad de realizar la detección, intervención y seguimiento de la Fragilidad dentro de la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la C.M., ha desarrollado e implantado los siguientes procesos:

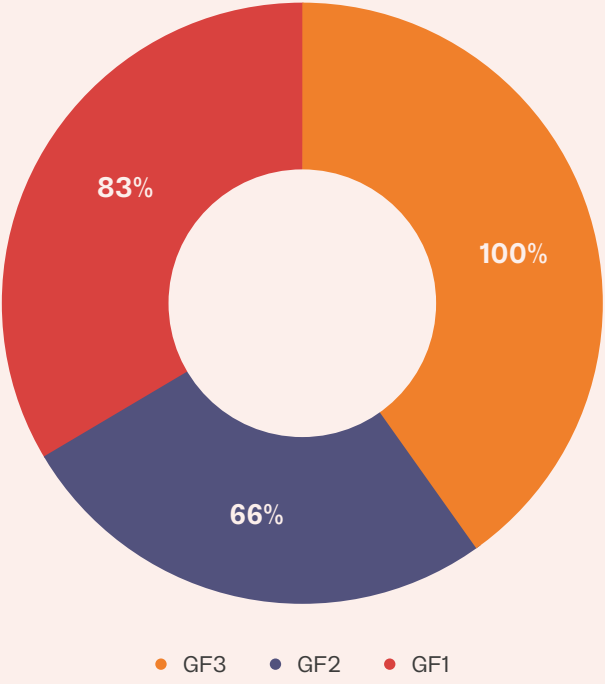
- Proceso de Atención Integral (PAI) Crónico Complejo (Gráfico 4), el PAI Insuficiencia Cardíaca y el PAI de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), el Programa INICAEPOC (búsqueda activa de la EPOC) y el

Programa de detección precoz del deterioro de la función renal.

- Prevención de síndromes geriátricos mediante valoración integral: desnutrición, inmovilismo, síndrome confusional agudo, incontinencia, caídas, etc.

En los servicios de Geriátría, Medicina Interna, Cardiología y Neumología, tanto en pacientes ingresados como en consultas, realizan la valoración integral, prestando especial atención a la detección de los síndromes geriátricos.

Gráfico 4
Implementación PAI Crónico Complejo.



Los hospitales de media estancia realizan una valoración integral al ingreso usando el proceso GER/MIR y los hospitales monográficos de psiquiatría realizan una valoración integral con un seguimiento estrecho durante su hospitalización.

Experiencias concretas para la prevención y detección de enfermedades crónicas en mayores de 65 años en hospitales

- **H.U. Clínico San Carlos:** Plan de Intervención Nutricional y Plan de Valoración de la fragilidad en el paciente con enfermedad renal crónica en prediálisis.
- **H.U. Ramón y Cajal:** Programa de Atención a los pacientes frágiles con cáncer (Mieloma múltiple) que van a recibir radioterapia.
- **H.U. Rey Juan Carlos:** Consulta de Oncogeriatría para la adecuación del tratamiento oncológico en paciente frágil.
- **H.U de Getafe:** Programa de Oncogeriatría.
- **H.C. de la Cruz Roja San José y Santa Adela:** Consulta Cardiogeriatría para la valoración de pacientes candidatos a TAVI (implante válvula aórtica), la atención multidisciplinar al paciente frágil con fractura osteoporótica y la prevención del reingreso y deterioro funcional en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica avanzada.
- **H. General U. Gregorio Marañón:** Programa de valoración y seguimiento al alta de pacientes con insuficiencia cardiaca, fractura de cadera, cáncer de colon, cuyo equipo multidisciplinar incluye enfermeras de Práctica Avanzada que desarrollan actuaciones psicogeríatras de cognición y movilidad destinadas a mantener un nivel de función que permita el mayor grado de autonomía posible, también implementan educación sanitaria al alta sobre consejos nutricionales, de ejercicio físico, manejo de fármacos y cumplimiento terapéutico.

4.1.1.1.6. Acciones para disminuir la polifarmacia.

La SG de Farmacia y Productos Sanitarios y en concreto con los centros dependientes de la AMAS se realizan actuaciones de revisión de la farmacoterapia para la conciliación del tratamiento en las diferentes transiciones asistenciales que incluyen las siguientes acciones:

- Revisión de interacciones farmacológicas clínicamente significativas.
- Ajuste de dosis de fármacos según función renal.
- Seguimiento de la adecuación de los tratamientos de acuerdo con los documentos que recogen criterios orientados a mejorar la prescripción de medicamentos en pacientes mayores: Stopp-start¹³⁴, Stop Frail, Medicamentos Potencialmente Inapropiados de la Comunidad de Madrid (MPI).
- Seguimiento de las recomendaciones de documentos sobre utilización de medicamentos publicados por el SERMAS.
- Seguimiento de los fármacos afectados por recomendaciones de las diferentes



notas informativas emitidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

- Implantación de la Estrategia de reducción de uso crónico de benzodiacepinas.
- Implantación del Programa ADECUA para la adecuación de la medicación oral en personas institucionalizadas a los que se les tritura o fracciona la medicación.
- Desarrollo de estudios de investigación para la mejora y optimización terapéutica.
- Elaboración de guías y procedimientos normalizados de trabajo: Guía Farmacogeríatrica del SERMAS (Edición 01/2018); Guía de Uso de Antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio (Edición 01/2019).
- Colaboración en la elaboración de Protocolos Normalizados de Trabajo de los Centros socios sanitarios de la AMAS.

Desde los Servicios de Salud Mental se cumplen las directrices de la Consejería de Sanidad respecto a la polifarmacia, con alertas en casos específicos (ej. benzodiacepinas, determinados antidepresivos, etc.), fundamentalmente a través de la aplicación Farmaweb.

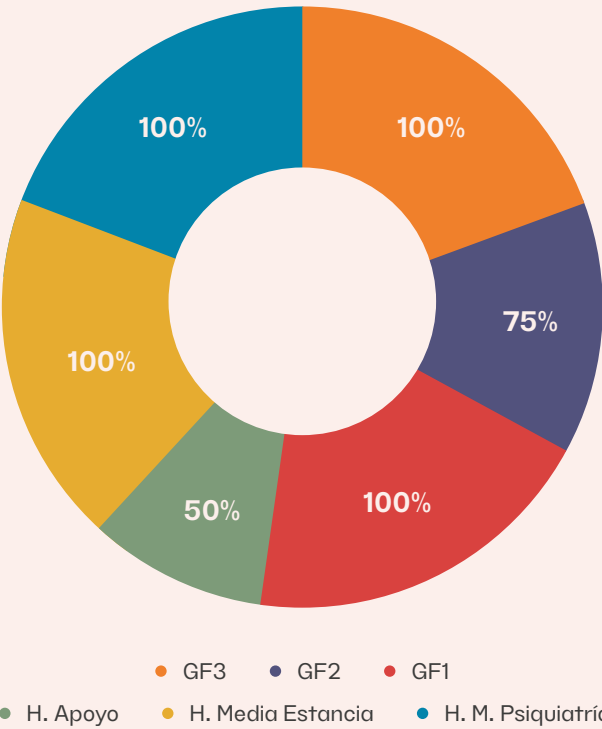
La GAP en su CSE dispone en los servicios Sº 420 (Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional), Sº 419 (Atención al paciente con trastorno neurocognitivo mayor) y Sº 502 (Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos), donde se incluye en todos los criterios de buena atención el plan de actuación de la revisión del tratamiento pautado y el uso adecuado de la medicación, especialmente dirigido al uso de herramientas para la deprescripción de medicamentos potencialmente inapropiados MPI (Criterios BEERS 2019, STOPP-START, LESS-CHRON, etc.). Además, cuenta con un cuadro de mandos, con monitorización trimestral, donde se valoran indicadores relativos al Programa de Atención al Mayor Polimedicado, así como la cobertura, la revisión del tratamiento pautado, el uso adecuado y la adherencia al

tratamiento, junto a otros indicadores relativos a la seguridad de las prescripciones en población mayor.

Desde 2016 los farmacéuticos de Atención Primaria (AP) en coordinación con los médicos revisan los tratamientos de los pacientes frágiles y crónicos complejos, algunas de estas revisiones están enmarcadas en el programa “RESIFAP OPTIMA”, el cuál es un programa específico de colaboración con centros sociosanitarios. También los farmacéuticos de AP realizan sesiones formativas dirigidas a los médicos de AP.

En la Red Hospitalaria, los Servicios de Geriatría, Medicina Interna y Farmacia realizan una intervención geriátrica multicomponente donde se hace una revisión continua y se ajustan los tratamientos farmacológicos para reducir la polifarmacia. Todos utilizan en el ámbito de intervención hospitalaria y en las consultas externas, los criterios START-STOP, basándose en el Programa Atención al Mayor Polimedicado y el Plan de Conciliación Farmacológica (Gráfico 5).

Gráfico 5
Implementación del Plan de Conciliación Farmacológica en la Red Hospitalaria.



Además, cabe destacar que, de todas estas actuaciones, se benefician los pacientes institucionalizados en residencias, a través del

trabajo multidisciplinar del Geriatra de Enlace junto con las Unidades de Atención a las Residencias de Atención Primaria (UAR).

Experiencias concretas para disminuir la polifarmacia en mayores de 65 años en los hospitales

- **H.U. Clínico San Carlos:** Unidad de Hemodiálisis y Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), que imparte consejos dietéticos para reducir la ingesta de potasio y de fósforo, con el fin de reducir la medicación en los pacientes con enfermedad renal y en diálisis.
- **H.U. de Getafe:** Programa de deprescripción de benzodiacepinas y neurolépticos.
- **H.C. de la Cruz Roja San José y Santa Adela:** Programa de Atención Farmacéutica en centros sociosanitarios y domicilio.
- **H. General U. Gregorio Marañón:** Revisión por parte del servicio de farmacia de la medicación en pacientes que acuden a urgencias con caídas para ver si existe relación y se realiza una coordinación con el médico de atención primaria.

4.1.1.1.7. Acciones de cuidado emocional y de prevención del deterioro cognitivo.

La CSE de GAP en el Sº420 de Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional en el CBA 3 contempla dentro de la valoración integral la evaluación del Patrón de Autoestima y Autopercepción, que valora la adaptación a la etapa vital y el estado emocional a través del Test validado de Yesavage (versión ultracorta)¹³⁵ y en el apartado “Educación Estructurada” incluye el consejo sobre la necesidad de mantener la actividad intelectual y las relaciones sociales. También integra dentro del CBA 6, la identificación del cuidador principal y la existencia de sobrecarga del cuidador.

En los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental se realiza una atención clínica a los trastornos mentales en ancianos.

En la Red Hospitalaria, cabe destacar, que algunas Unidades Hospitalarias y Centros de Salud Mental (CSM) han desarrollado programas específicos de atención multidisciplinar, como son el H.U. 12 de

Octubre y los CSM que dependen de éste, el H.U. Clínico San Carlos, el H.U. Móstoles y su CSM o el CSM de Alcobendas.

En los hospitales del GF3 y GF1 todos sus Servicios de Geriátrica, mediante la Valoración Geriátrica Integral, detectan la depresión, los trastornos anímicos, el delirium y los síntomas psicoconductuales, realizándose tanto en el ámbito hospitalario como en las consultas externas. Esto ocurre también en el 50% de los hospitales del GF2. También se trabaja sobre el estado emocional de los familiares y cuidadores detectando la sobrecarga.

Los hospitales de media estancia llevan a cabo tratamiento psicológico individualizado a aquellos pacientes que lo requieran y en los hospitales monográficos de psiquiatría disponen de un Protocolo de Detección y Prevención de conducta suicida y uso de tóxicos.



Experiencias concretas para el cuidado emocional y de prevención del deterioro cognitivo en mayores de 65 años en los hospitales

- **H.U. Infanta Leonor:** El proyecto “Código Delirium” para la prevención, detección precoz y abordaje del delirium en los pacientes mayores de 65 años ingresados y en el servicio de Urgencias.
- **H. Dr. Rodríguez Lafora:** Programa de Musicoterapia.
- **H.U. José Germain:** Programa de Estimulación Cognitiva, creación de grupos de psicomotricidad, realización de acompañamientos terapéuticos, con terapia de fomento de actividades de ocio, culturales y participación de las familias en los procesos de tratamiento y rehabilitación.
- **H. General U. Gregorio Marañón:** A través de un proyecto de colaboración con Fundación La Caixa, se realiza una atención psicológica en la Unidad de Agudos, también desarrollan el Plan para la Prevención del cuadro confusional agudo que conlleva varias intervenciones, incluyendo el fomento del ejercicio físico. Desde el Servicio de Salud Mental se lleva a cabo el Programa de Estimulación Cognitiva y la creación de grupos de psicomotricidad.
- **H. La Fuenfría:** Atención neuropsicológica a pacientes afectados por Daño Cerebral Adquirido (DCA).
- **H.U. de Torrejón:** Plan de Formación sobre Educación en Alzheimer para la población de Torrejón.

4.1.1.1.8. Acciones y/o procedimiento de detección e intervención de soledad no deseada.

Desde marzo del 2021, la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria de la Consejería de Sanidad trabaja de forma coordinada con la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia (DGAMyD) dentro del Programa para el desarrollo de una Red Regional contra la Soledad No Deseada en la Comunidad de Madrid cuyo objeto es construir una red de entidades, profesionales e instituciones sensibilizadas y comprometidas ante la soledad no deseada de las personas mayores, con fórmulas de intervención consensuadas, comunes y coordinadas.

Posteriormente en la Consejería de Sanidad, se ha creado un grupo de trabajo interno constituido por la DG de Coordinación Socio-Sanitaria a través de la

actual SG de Atención y Cuidados Sociosanitarios, con el objetivo de potenciar acciones de mejora en la detección e intervención de la “Soledad no deseada” dentro del ámbito sanitario. Este grupo lo integran representantes de la DG de Humanización y Atención al Paciente; la DG de Salud Pública; la GAP; la Gerencia Asistencial de Hospitales (GAH) y la Gerencia de SUMMA 112.

En el marco de estas actuaciones la GAP como respuesta al Programa Regional de Atención a situaciones de soledad no deseada en personas mayores de la CM, ha elaborado un proceso asistencial específico y multidisciplinar para atender a las personas mayores que viven en soledad no deseada.

Por otra parte, la DG de Humanización y Atención al Paciente, conforme a los convenios con entidades

de acción voluntaria, durante la pandemia instó a dichas entidades a que se adaptaran, en la medida de sus posibilidades, para desarrollar sus actividades en formato telemático, con el objetivo de mitigar la soledad no deseada de los pacientes durante los periodos de ingreso. Se elaboró un “Catálogo de Actividades Telemáticas de Acompañamiento y Lúdicas para Pacientes Adultos” como parte del Programa de detección y abordaje de la soledad no deseada desde el ámbito sanitario en el contexto pandémico, disponible en todos los hospitales para que pudieran beneficiarse y así poder acceder a las actividades de acompañamiento y entretenimiento virtual una vez regresaran a su domicilio tras el alta hospitalaria.

Destacar la labor del voluntariado por el importante papel que protagoniza en el acompañamiento de pacientes, siendo éstos coordinados por los Servicios de Atención al Paciente y las Unidades de Trabajo Social Hospitalarias u otros servicios como Responsabilidad Social Corporativa de los hospitales.

Así mismo la DG de Salud Pública ha realizado las siguientes actuaciones en este ámbito:

- Participación en la Mesa de la Soledad, a propuesta del Consejo Regional de Mayores y con la participación del IMSERSO.
- Estudio de investigación cualitativa: “Aislamiento y Soledad no deseada en las personas mayores: Factores predisponentes y consecuencias para la salud”.
- Estudio de investigación: “Aislamiento y soledad en las personas mayores. Efectos en salud y el impacto de la pandemia Covid-19”.
- Estudio de investigación cualitativa: "La violencia de género hacia las mujeres mayores en el marco de aislamiento y soledad actuales”.

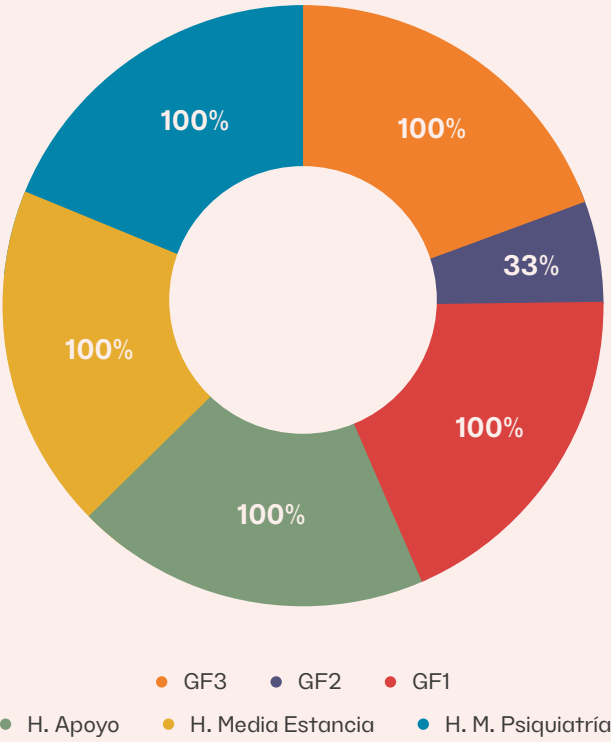
En la Red Hospitalaria, los hospitales del GF3, GF2, y GF1, por parte de los Servicios de Geriátrica integral, la detección de riesgo o fragilidad social y situaciones de soledad no deseada (Gráfico 6), derivando a las Unidades de Trabajo

Social Hospitalarias, para que el profesional de trabajo social realice la valoración, diagnóstico e intervención social cuando lo considere necesario, tanto en pacientes ingresados como en consultas externas. Esta misma detección y derivación se realiza también en los Hospitales de Apoyo.

Los hospitales de media estancia, tienen la particularidad de que el período de estancia es superior al de los hospitales de agudos debido a su finalidad de rehabilitación. En estas situaciones prolongadas de ingreso, se favorece la realización de videollamadas a los familiares, se realizan actividades lúdico-terapéuticas en las salas de estar y también cuentan con grupos de voluntarios para el acompañamiento conforme a las preferencias de los pacientes.

En los hospitales monográficos de psiquiatría se realizan actuaciones de trabajo vincular para evitar el aislamiento relacionado con su patología, promoviendo las visitas de familiares y videollamadas.

Gráfico 6
Acciones detección soledad no deseada en hospitales.



Experiencias concretas para la detección e intervención de la soledad no deseada en mayores de 65 años en hospitales

- **H.U. La Paz, H.U. Ramón y Cajal** y el **H.G. de Villalba**: Realizan acompañamiento de pacientes dentro del Plan de “Cuidados del paciente anciano” en los hospitales.
- **H. Virgen de la Poveda**: Realización de terapias recreativas, Programa de biblioterapia, Programa telefónico “Llámale” y voluntariado.
- **H.U. Ramón y Cajal**: Servicio de llamadas de seguimiento de personas solas de las Asociaciones de Voluntariado, incluidos en el Programa “Nadie solo” y Programa “Hilo de Plata-Nagusilan”.
- **H.U Infanta Elena**: Atención y apoyo emocional a través de la Obra Social La Caixa para pacientes mayores institucionalizados, sus cuidadores y familiares.

4.1.1.2. Actuaciones realizadas encaminadas a la detección e intervención sobre fragilidad y longevidad saludable.

Dentro del análisis de situación realizado, encontramos las siguientes actuaciones de detección e intervención:

4.1.1.2.1. Área de detección.

4.1.1.2.1.1. Detección de la fragilidad en mayores de 65 años.

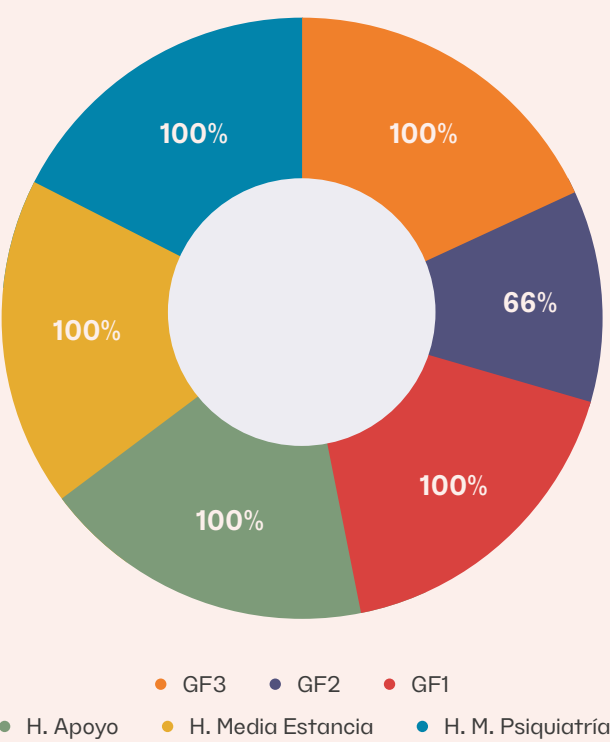
La GAP, en la detección de la fragilidad ha tenido una cobertura entre el 30% y el 40% durante el 2021.

En la Red Hospitalaria no constan datos de cobertura global.

Las detecciones e intervenciones en fragilidad se realizan por equipos multidisciplinares en los servicios de geriatría de los hospitales GF3, GF2 y GF1 y los Hospitales de Apoyo. Con una participación heterogénea de otros servicios como los de Ortogeriátrica, Psiquiatría, Neurología, Nefrología, Hematología, Neumología, Cardiología, Trabajo social, Terapia Ocupacional dependiendo de la organización hospitalaria, al igual que ocurre en la detección en los

hospitales de media estancia y en los hospitales monográficos de psiquiatría (Gráfico 7).

Gráfico 7
Implementación de actividades para la detección de la fragilidad en hospitales.



4.1.1.2.1.2. Herramientas de detección utilizadas.

En atención primaria se utilizan las siguientes herramientas validadas en nuestro medio:

- **El Índice de Barthel:** cuestionario que valora la capacidad de la persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria (comer, lavarse vestirse, arreglarse, eliminación vesical e intestinal, la capacidad de trasladarse, de deambular y de subir escaleras).
- **El MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form):** herramienta de cribado simple y rápida que ayuda a identificar a personas mayores que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas.
- **La Escala de Lawton Brody:** cuestionario que evalúa actividades elaboradas que se pierden antes que las actividades básicas, como la capacidad de usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidar la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, manejo de medicación, manejo de asuntos económicos.
- **Preguntas para cribado del riesgo de caídas** conforme al “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”^{31,48}.
- **La Escala de Dowton:** recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caída y también existe una Plantilla de Valoración de Riesgos en el Hogar, relacionados con las caídas.
- **La Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón:** recoge indicadores de riesgo social.
- **La batería SPPB (Short Physical Performance Battery);** es una prueba de ejecución para detectar fragilidad y con una elevada fiabilidad en predecir discapacidad. (Test de equilibrio, Test de velocidad de la marcha, Test de levantarse de la silla).
- **La Escala de Kendall** para la valoración del tono y fuerza muscular.
- **La Escala de Frail;** es un cuestionario para el cribado de fragilidad, con preguntas relativas a la fatigabilidad, la resistencia, la deambulación, la comorbilidad y la pérdida de peso.
- **El Test de Zarit**¹³⁶ para el cribado de sobrecarga en la persona cuidadora.
- **El Test de Yesavage:** es una escala para el cribado de la depresión geriátrica, en personas mayores de 65 años.
- **La Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (GADS)** versión adaptada por Lobo¹³⁷ que constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos.
- **El Test de Pfeiffer**¹³⁸ para cribado del deterioro cognitivo en pacientes mayores de 65 años.
- **El Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo,** es un test de cribado que detecta y evalúa la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas (tipo Alzheimer).
- **Test de las Fotos,** es un test cognitivo breve utilizado como una prueba de detección y cribado de deterioro cognitivo y demencia.
- **La Escala de Deterioro Global De Reisberg.** GDS - FAST (Global Dementia Scale-Functional Assessment Staging); permite realizar una aproximación al diagnóstico evolutivo de los trastornos neurocognitivos, se complementa con una escala auxiliar que aporta información sobre los estadios según la valoración funcional (Funcional Assessment Staging, FAST).
- **La Escala de Norton:** valora el riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- **Test de Morisky-Green**¹³⁹ para adherencia al tratamiento farmacológico.



En la Red Hospitalaria en la valoración geriátrica integral se utilizan otras escalas de forma heterogénea, como son:

- **El test SARC-F** que permite evaluar la fuerza muscular, evalúa 5 parámetros: fuerza, capacidad para caminar, levantarse de una silla, subir unas escaleras y frecuencia de caídas está indicado en pacientes con Sarcopenia.
- **El Índice de comorbilidad de Charlson** es un instrumento que predice las complicaciones de la suma de ciertas enfermedades, como la capacidad funcional al alta y la mortalidad.
- **El Índice de fragilidad de Rockwood** o Escala de fragilidad clínica (CFS): acumulación de déficit (CSHA).
- **El Índice de Fried** para valorar el fenotipo de paciente frágil a partir de los criterios clínicos siguientes: pérdida involuntaria de peso, agotamiento, lentitud en la movilidad, debilidad muscular y bajo nivel de actividad física.
- **El Índice de Katz** para evaluar el grado de dependencia o independencia de un sujeto en seis grandes habilidades básicas: de la vida diaria (lavarse, vestirse, usar el retrete, moverse/desplazarse, contención de esfínteres y alimentación).
- **El Test Levántate y Anda** para medir movilidad y valorar el riesgo de caídas en personas mayores.
- **La Escala de Tinetti** para evaluar las habilidades de equilibrio estático y dinámico.
- **La Escala FAC** de valoración de la marcha.
- **El Cribado MUST** para detectar adultos malnutridos o con riesgo de malnutrición.
- **Los Criterios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition)** consenso mundial en cuanto a los criterios diagnósticos de la desnutrición (DN) asociada con la enfermedad.
- **La Escala de FIM** es un indicador de discapacidad, medida en términos de la

intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado. Incluye 18 actividades de la vida diaria que son medidas en una escala de 7 niveles.

El porcentaje de uso de las distintas escalas, se recoge en la Tabla 1.

Desde la Red Hospitalaria se implementan otros procedimientos diagnósticos complementarios en función de la organización hospitalaria, dentro de los servicios de Geriátrica y en otros servicios como Medicina interna, Cardiogeriatría, VIH-Geriátrica, Oncogeriatría, Nutrición y Disfagia, Psiquiatría, Nefrología y Neumología. (Tabla 2).

4.1.1.2.2. Área de intervención.

4.1.1.2.2.1. Medidas terapéuticas implementadas una vez detectada la fragilidad.

La SG de Farmacia y Productos Sanitarios realiza informes individualizados de recomendaciones farmacéuticas, dirigidos a los facultativos, en relación a las revisiones farmacoterapéuticas y también realiza un informe de valoración nutricional y consejo farmacéutico en la prescripción de dietoterápicos e informes sobre situación de la adherencia y seguimiento del tratamiento en los pacientes institucionalizados.

En Atención Primaria el Sº 420, en su CBA 3, recoge que las personas independientes o con dependencia escasa tendrán realizada una anamnesis y/o valoración integral inicial por patrones funcionales:

- Percepción y mantenimiento de la salud: antecedentes personales de enfermedades crónicas; intervenciones quirúrgicas u hospitalización; accidentes y/o caídas previas.
- Vacunación antigripal y antineumocócica.
- Capacidad de autocuidado.
- Tratamiento pautado; uso adecuado de la medicación; adherencia al tratamiento farmacológico (Test de Morisky-Green) y no farmacológico.

Tabla 1
Porcentaje de utilización de escalas de valoración en la red hospitalaria.

Pruebas Detección	GF3	GF2	GF1	H. Apoyo	H. Media. Estancia	H. Monografico Psiquiatría
Barthel	62.5%	25%	100%	100%	100%	
Frail	75%	66%	100%			
Ind. Fried		33.3%		100%	66%	
Rockwood		8.3%		100%		50%
SPPB	50%	75%	83%	100%		50%
Levanta y Anda	12.5%		16.6%	50%		
Valoración Marcha	25%	8.3%	16%	50%		
FAC			16%	50%	66%	
Dowton						50%
Tinetti					66%	
Fuerza Presión	25%	16.6%				
SARC-F	12.5%		16.6%			
Lawton	25%	16.6%		50%		
Yesevage	12.5%		33%		33%	100%
MMSE			16.6%			
GDS			16.6%			
Charson		16.6%	16.6%		33%	
FIM					33%	
Pfeiffer		8.3%			33%	
MNA	37.5%	8.3%	16.6%		33%	
Glim			16.6%			
Must			16%			
Norton			16.6%		33%	50%



Tabla 2
Porcentaje de implementación de otros procedimientos diagnósticos en la Red Hospitalaria.

Pruebas Complementarias		GF3	GF2	GF1	H. Apoyo	H. Media. Estancia
Detección Sarcopenia	Densitometría	25%	8.3%			
	Dinamometría	25%	8.3%	33%		66%
	Ecografía	25%	8.3%	50%	50%	
	Bioimpedancia	25%	8.3%	16.6%		66%
Espirometrías		12.5%				
Pruebas de Esfuerzo		12.5%				
Gasometría		12.5%				
Cribado Disgfgia						33%

- Nutricional - metabólico:
 - Peso, talla e índice de masa corporal (IMC),
 - Número de comidas/día y dieta saludable/ mediterránea, ingesta de líquidos, de alimentos ricos vitamina D.
 - Exposición solar moderada y valoración de riesgo de desnutrición con la escala MNA_SF que registra el apetito, la dificultad para masticar y para la deglución y el estado de la dentición.
 - Eliminación: hábito intestinal, incontinencia urinaria y/o fecal.
 - Actividad-Ejercicio: tensión arterial; realización de ejercicio, tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana).
 - Tipo de ocio (horas/semana); uso de ayudas a la movilidad.
 - Valoración de actividades instrumentales (Escala de Lawton-Brody).
 - Valoración de riesgos en el domicilio (Plantilla de valoración de riesgos en el hogar).
- Sueño -Descanso: N.º horas/día, ritmo de sueño, efecto reparador, insomnio.
 - Cognitivo perceptivo:
 - Déficit de visión y audición.
 - Nivel educativo.
 - La presencia de dolor; síntomas de deterioro cognitivo (Mini examen cognoscitivo de Lobo y el Test de las fotos).
 - Autoestima - autopercepción: adaptación a la etapa vital y valoración del estado emocional (Yesavage versión ultracorta).
 - Rol - Relaciones: pérdida de la pareja, cambio de domicilio e indicadores de riesgo social.

El Sº 420 en los CBA 4, 5 y 6 refiere que las personas con cribado de fragilidad positivo, tendrán realizado un plan de actuación semestral si la dependencia es moderada, y trimestral si la dependencia es grave, ampliado con las siguientes actuaciones:

- Visitas domiciliarias.
 - Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Test de Zarit reducido).
 - Contactos telefónicos mensuales.

Anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:

 - Nutricional – metabólico: Riesgo de desnutrición (MNA_SF).
 - Actividad Ejercicio: valoración de la capacidad funcional (Escala de Lawton Brody e Índice de Barthel).
 - El Cribado de fragilidad (Batería SPPB y Escala FRAIL) y riesgo de caídas (Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Escala Downton).

Educación estructurada para la reversión de la fragilidad sobre:
- Alimentación y exposición solar moderada.
 - Realización de ejercicio físico multicomponente: fuerza, resistencia y equilibrio (Guía para un programa de actividad física multicomponente para personas mayores frágiles).
 - Prevención de caídas, y mantenimiento de actividad intelectual y relaciones sociales.
 - Revisión del tratamiento pautado (incluyendo utilización de benzodiacepinas, neurolépticos, antihistamínicos, vasodilatadores y opioides), uso adecuado del medicamento y adherencia al tratamiento farmacológico (Test de Morisky-Green) y no farmacológico.

Asimismo, dispone de un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

En la Red Hospitalaria, una vez detectada la fragilidad los hospitales del GF3, GF2, y del GF1 se ponen en marcha las medidas terapéuticas recogidas en la Tabla 3.

Tabla 3
Medidas terapéuticas puestas en marcha tras la identificación de la fragilidad en la Red Hospitalaria.

Pruebas detección	GF3	GF2	GF1	H. Apoyo	H. Media. Estancia	H. Monografico Psiquiatría
Revisión de polifarmacia	100%	33%	66%	100%	100%	100%
Optimización del estado nutricional y suplementación si precisa	83%	66%	83%	100%	100%	100%
Recomendaciones de ejercicio físico multicomponente	83.3%	66%	83%		100%	100%
Actuaciones psicogeriátricas de cognición y movilidad	16.6%	8.3%	16%			50%



4.1.1.3. Formación en materia de fragilidad y longevidad saludable en personas mayores.

4.1.1.3.1. Formación dirigida a los profesionales.

Durante el año 2021 se han ofertado un total de 83 actividades (22 en GAP, 34 en Hospitales, 2 en SUMMA y 25 en Servicios Centrales), con contenido específico en el ámbito de fragilidad y longevidad saludable, contando con la asistencia de 5.510 profesionales y un total de 1.025 horas lectivas impartidas.

También se han elaborado y difundido boletines trimestrales de “Buenas prácticas de medicamentos en centros sociosanitarios” entre profesionales pertenecientes a la Consejería de Sanidad y centros sociosanitarios de la AMAS, se ha difundido información relacionada con el uso de los medicamentos y optimización de la farmacoterapia (guías y protocolos clínicos, notas informativas de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, documentos de utilización de medicamentos y documentos de criterios de prescripción de medicamentos en el paciente mayor).

4.1.1.3.2. Formación dirigida a población adulta y mayores de 65 años.

La Escuela Madrileña de Salud, durante el 2021, ha ofertado a la población madrileña a través de su plataforma digital de aprendizaje, 17 recursos educativos para la prevención de la fragilidad y la longevidad saludable.

4.1.2. Análisis de las actuaciones de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.

El siguiente apartado hace referencia al análisis interno realizado en la Consejería de Familia, Juventud y Política Social sobre las actuaciones identificadas en materia de fragilidad y longevidad saludable. Se han diferenciado, por un lado, las actuaciones que se realizan por parte de las plazas contratadas de Residencias, Centros de Día y Pisos Tutelados de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia, y por otro, las que se llevan a cabo por parte de las Residencias y Centros de Mayores pertenecientes a la AMAS.

4.1.2.1. Actuaciones realizadas encaminadas a la prevención de la fragilidad y el fomento del estilo de vida para una longevidad saludable en personas mayores de 65 años.

4.1.2.1.1. Actuaciones enfocadas a la prevención de la dependencia.

En las Residencias y Centros de Día contratados, las actuaciones con este enfoque son: atención gerontológica, medicina preventiva, medicina asistencial, tratamiento psicológico preventivo, fisioterapia de mantenimiento y habilitación de la capacidad física de los usuarios mediante la terapia ocupacional (dirigida al mantenimiento de las funciones para la realización de las actividades básicas de la vida diaria).

En los Pisos Tutelados no se señala ninguna actuación específica.

Desde las Residencias de Mayores de la AMAS se realiza una prevención y detección de caídas y el programa de vacunación.

Los Centros de Mayores de la AMAS llevan a cabo: Talleres de autocuidados como “Conoce tus medicamentos” y “Cuida tus pies y tu calzado”, Protocolos de podología, de Prevención y Detección de Caídas, y Talleres lúdico-recreativos como el yoga, baile, gimnasia de mantenimiento, etc.

4.1.2.1.2. Acciones para dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol.

No se menciona ninguna actuación específica en este sentido.

4.1.2.1.3. Acciones para fomentar el ejercicio físico, evitar la vida sedentaria y acciones de entrenamiento en actividad física multicomponente.

Desde las Residencias y Centros de Día contratados se realizan las siguientes actividades orientadas a la estimulación física y funcional:

- Actividades de mantenimiento de las capacidades funcionales de los usuarios.

- Fisioterapia de mantenimiento y rehabilitación de la capacidad física de los usuarios.
 - Terapia ocupacional: dirigida al mantenimiento de las funciones para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
 - Actividades de animación sociocultural.
 - Actos y encuentros colectivos con familiares.
 - Talleres de terapia recreativa e innovadora adaptadas a las características de cada usuario: laborterapia, ludoterapia, lectura fácil, terapia con animales, jardineroterapia, arteroterapia, y horticultura.
 - Actividades de fomento de la participación, el ocio creativo, la cultura, la actividad física, la convivencia entre usuarios y las relaciones familiares e intergeneracionales.

En los Pisos Tutelados se llevan a cabo:

 - Actividades de fomento de la participación, el ocio creativo, la cultura, la actividad física, la convivencia entre usuarios y las relaciones familiares e intergeneracionales.
 - Actuaciones de fomento de la convivencia y de la buena relación entre los usuarios.

Por parte de la AMAS, sus Residencias de Mayores, además de los señalados en las Residencias y Centros de día contratados, realizan los siguientes programas:

 - Programas de actividad y ejercicio físico aeróbico y marcha coordinados por los diferentes departamentos de Fisioterapia.
 - Programas de actividad deportiva adaptada a la edad (Baloncesto, Balonmano, Pádel, Tenis, Natación, etc.) y de senderismo.

En los Centros de Mayores desarrollan:

 - Programas de Artes Marciales (Sensai-Do).
 - Programa de Plataformas Móviles (ABBA).
 - Programa de Thai-Chi.
 - Programa de mantenimiento y estimulación funcional.
- Programa de estimulación cognitiva.
 - Talleres y cartelería de coma sano y seguro.

4.1.2.1.4. Acciones dirigidas a mejorar la dieta para lograr y mantener un peso saludable.

Tanto las Residencias como los Centros de Día contratados coinciden ambos en:

 - Elaboración de menús que garanticen la cantidad, calidad, el aporte calórico y dietético adecuado.
 - Supervisión de menús por un médico o nutricionista.
 - Selección adecuada de materias primas: productos frescos y de temporada limitando los alimentos ultra congelados y ultra procesados.
 - Protocolos de alimentación e hidratación.
 - Registro de ingestas hídricas-hidratación oral.

Las Residencias además incluyen el registro de alimentación oral y el registro de alimentación por sonda nasogástrica.

La AMAS realiza tanto en sus Residencias y Centros de Mayores las siguientes actividades:

 - Programa de alimentación y nutrición con consejo nutricional.
 - Talleres y cartelería de “Coma sano y seguro”.
 - Control de peso y talla, índice de masa corporal, pérdida porcentual de peso.
 - Programa de Prescripción de Nutrición Enteral Domiciliaria (suplementación proteico-calórica).

4.1.2.1.5. Acciones de prevención y detección de las enfermedades crónicas más estrechamente asociadas a la fragilidad.

Las Residencias y Centros de Día contratados llevan a cabo atención gerontológica, actuaciones de medicina preventiva y tratamiento psicológico preventivo. Además, se incorpora en las Residencias



- actuaciones de medicina asistencial y de enfermería.
- Las Residencias y Centros de Mayores dependientes de la AMAS llevan a cabo también el programa de gimnasia respiratoria.
- 4.1.2.1.6. Acciones para disminuir la polifarmacia.**
- Las Residencias y Centros de Día contratados disponen de protocolos y registros de administración de medicamentos, así como algunas residencias cuentan con un servicio médico asistencial y de enfermería en el centro.
- La AMAS cuenta en sus Residencias y Centros de Mayores:
- Programa de atención farmacéutica residencial.
 - Taller “Conoce tus medicamentos”.
 - Taller “Control de automedicación y uso responsable de antimicrobianos, analgésicos y antiinflamatorios”.
 - Uso apropiado de medicamentos: Criterios Stopp-Start.
 - Uso de sistemas personalizados de dosificación.
- 4.1.2.1.7. Acciones de cuidado emocional y de prevención del deterioro cognitivo.**
- En este ámbito las Residencias y Centros de Día contratados cuentan con tratamientos psicológicos preventivos, atención social y valoración de las circunstancias sociales de los usuarios, actividades de terapia ocupacional (entrenamiento y mantenimiento de las capacidades intelectuales), de cuidado personal y de animación sociocultural, además de actividades que fomenten la relación entre los usuarios y sus familiares.
- Por otra parte, la AMAS realiza los siguientes programas y talleres:
- Programa informático de estimulación cognitiva: Smarbrain.
 - Programas de Estimulación Cognitiva y Afectiva.
- Talleres de memoria y reminiscencia.
 - Actividades de ocio y tiempo libre como teatro, danza, expresión corporal, rondalla, etc.
- 4.1.2.1.8. Acciones de detección e intervención de la soledad no deseada.**
- En este ámbito, como ya se ha indicado, las Residencias de Mayores, Centros de Día contratados y Pisos Tutelados, se interviene a través de la realización de actividades de animación sociocultural, actividades de fomento de la relación entre los usuarios, su entorno y sus familiares y el programa de prevención contra la soledad no deseada.
- Desde la AMAS se llevan a cabo los programas de acciones sociales a través de voluntariado, el programa de animación y estimulación sociocultural, y el de relaciones intergeneracionales.
- 4.1.2.1.9. Otros Programas y Acciones de Prevención, Atención a la Fragilidad y Longevidad Saludable.**
- A parte de todo lo anteriormente citado, los Centros de la AMAS disponen del “Programa de mantenimiento funcional y prevención de la sarcopenia” y el del “Anciano en situación de riesgo”.
- Así mismo, por parte de la DG de Atención al Mayor y la Dependencia (DGAMyD) mediante convenios con diferentes municipios de la Comunidad de Madrid y otros agentes se llevan a cabo los siguiente programas y actividades:
- **Programa Interuniversitario.**
- La Comunidad de Madrid, en colaboración con las universidades públicas madrileñas Carlos III, Alcalá de Henares y Rey Juan Carlos, lleva a cabo un programa interuniversitario para mayores, cuyo principal objetivo es conseguir que sus participantes se mantengan activos intelectualmente e

incrementar las relaciones interpersonales e intergeneracionales.

• **Actividades de Dinamización de la Vida Cotidiana en Residencias y Centros de Mayores.**

Actividades desde las que se pretende dinamizar la vida cotidiana de las personas mayores en los centros, potenciando la participación y cooperación social en dicho sector, la satisfacción de sus inquietudes culturales y la comunicación con otros colectivos.

- Programa “Acercando Europa a las personas mayores” se trata de una actividad programada con el fin de promover el acercamiento y el conocimiento de la Unión Europea a las personas mayores usuarias de centros residenciales y de día. Este programa se realiza en colaboración con el Centro de Documentación Europea.
- Concursos de convocatoria anual (“Cultivando el huerto”, “Decorando el jardín”, de tarjetas navideñas y de belenes) destinados a favorecer la participación de los usuarios de residencias y centros de día en actividades relacionadas con las manualidades, el medioambiente, el reciclaje y el trabajo en grupo.
- Mayores con Arte: actividad organizada en colaboración con la Subdirección General de Bellas Artes de la Consejería de Cultura, Turismo y Deporte, en la que pueden participar los centros residenciales y de día, con plazas públicas, dependientes de la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia.
- “Tejiendo solidaridad” Proyecto solidario, en colaboración con la Asociación de Labores solidarias (IAIA), en el que participan personas mayores usuarias de centros residenciales y de día que tejen bufandas y otras prendas de abrigo destinadas a colectivos desfavorecidos y está dirigida por una terapeuta ocupacional y con la colaboración de voluntarias de la asociación.
- Talleres de “Envejecimiento Activo”.

- Talleres “Aprende A Usar Tu Móvil” cuyo objetivo es acercar el mundo de las tecnologías de la comunicación a las personas mayores ofreciendo información práctica sobre la utilización de los dispositivos móviles y dotando a los participantes de conocimientos relativos a aplicaciones móviles, útiles para su vida diaria.
- Talleres Jurídicos; sesiones formativas y divulgativas de aspectos legales de interés para las personas mayores, impartidas por letrados expertos en las materias tratadas.
- Escuela de Abuelos; espacio de formación y debate dirigido a transmitir conocimientos y habilidades para mejorar la calidad de las relaciones con los hijos/as y los nietos/as, así como para poner en valor la importante contribución que realizan a favor de la vida de sus familias y de la sociedad.
- Taller de “Equilibrio y Hábitos Saludables” a través de una metodología teórico-práctica, y centrado en la necesidad de la prevención y promoción de la salud de las personas mayores.
- Taller “Laboratorio de Ideas para Envejecer Feliz” esta actividad pretende analizar las experiencias y expectativas de los participantes frente al reto del proceso de envejecimiento. Ofrece pautas para un mejor aprovechamiento de los recursos, tanto personales, como sociales para adaptarse a los cambios que surgen en el proceso de envejecimiento.

4.1.2.2. Actuaciones realizadas encaminadas a la detección e intervención en el ámbito de la fragilidad en personas mayores de 65 años.

4.1.2.2.1. Actuaciones, servicios, prestaciones y herramientas para la detección precoz de la dependencia.

En las Residencias contratadas se registra y se lleva a cabo un seguimiento de usuarios mediante la realización de fisioterapia de mantenimiento y terapia ocupacional, basada en el entrenamiento



y mantenimiento de las actividades de la vida diaria (AVD) y de las capacidades intelectuales.

En las Residencias y Centros de Mayores de la AMAS se realiza una valoración funcional periódica a través del Índice de Barthel, SPPB y Get up and Go.

4.1.2.2.2. Actuaciones, servicios, prestaciones y herramientas para la detección de la fragilidad en su ámbito de actuación.

Las Residencias y Centros de Día contratados realizan una valoración integral en las áreas de salud física, funcional, cognitiva, afectiva, socio-familiar y psicológico y el protocolo de detección y actuación ante situaciones de maltrato.

Los centros dependientes de la AMAS realizan:

- Valoración Geriátrica Integral Multidimensional: detección y corrección de factores de riesgo (presión arterial, glucemia, colesterol, etc.).
- Detección de grandes síndromes geriátricos (incontinencia, úlceras cutáneas).
- Detección de alteraciones neurosensoriales: visión y audición.
- Cribados del estado nutricional mediante Mininutritional Assessment (MNA).
- Programa de valoración nutricional.
- Detección y prevención de la desnutrición proteico calórica.
- Programa de detección y control del riesgo cardiovascular.
- Detección de arritmias cardíacas.
- Valoración cognitivo-conductual.
- Valoración psicoafectiva: depresión y ansiedad
- Programa de detección precoz y prevención del cáncer de mama.
- Programa de detección precoz y prevención del cáncer colorrectal.

- Programa de prevención y detección de interacciones y efectos adversos de la medicación.
- Prevención y detección de los errores de medicación.
- Programa de valoración y detección precoz del deterioro cognitivo: Pfeiffer y MEC Lobo, test del reloj.
- Programa de valoración psicoafectiva: GDS de Yesavage.
- Valoración del riesgo social (exclusión social).
- Valoración de malos tratos.
- Programa de eliminación de hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otras adicciones.

Una vez detectada la situación de fragilidad, las Residencias contratadas realizan actividades de medicina asistencial en el propio centro y una coordinación y derivación a servicios de asistencia sanitaria, los Centros de Día se coordinan para la derivación a los servicios de asistencia sanitaria y los Pisos Tutelados realizan actuaciones de coordinación con los recursos comunitarios.

4.1.2.2.3. Medidas terapéuticas implementadas una vez detectada la fragilidad.

En las Residencias contratadas se realiza una atención integral en todos los ámbitos de cuidados (revisión de fármacos, programas de ejercicio físico reglados, modificaciones de la dieta y uso de suplementos, ajuste de dianas terapéuticas para algunas comorbilidades (p. ej. glucemia, presión arterial, etc.).

Por parte de los Centros de Día y Pisos Tutelados no se aplican estas medidas.

Desde la DGAMyD se prestan los Servicios de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia.

Estos servicios cumplen una labor asistencial, a la vez que una función preventiva y rehabilitadora. Las entidades que prestan estos servicios, están atentas a los indicadores de riesgos y se encargan

de trasladar a los usuarios hábitos de higiene y de cuidado personal para fomentar la autonomía personal. Por ello, ante cualquier situación de riesgo y vulnerabilidad del usuario detectada por las empresas adjudicatarias de ambos servicios, la trasladan al órgano competente de la Comunidad (en este caso al Servicio de Seguimiento de Programas) y si se considera conveniente derivan a los Servicios Sociales correspondientes.

La actuación del Servicio de Teleasistencia va encaminada al contacto telefónico, y en determinados momentos la asistencia es presencial, para conocer la situación personal y social en que se encuentran los usuarios en situaciones de fragilidad por limitaciones en su autonomía personal. A su vez, el usuario puede contactar con el servicio ante cualquier eventualidad o emergencia, las 24 horas del día durante los 365 días del año. El seguimiento con el usuario es al menos una vez a la semana, viéndose intensificado en situaciones de vulnerabilidad. Asimismo, mediante la facilitación de dispositivos periféricos se le proporciona seguridad y tranquilidad al usuario fuera de su domicilio, mediante el empleo de sistemas de telelocalización y telefonía móvil cuando haya sido indicado técnicamente por su perfil. Dichos dispositivos periféricos son:

- Adaptaciones del sistema para que las personas con déficit sensorial auditivo puedan acceder a la prestación del servicio (como amplificadores, uso de dispositivos con señal luminosa, con pantalla táctil, etc).
- Detectores de condiciones de seguridad de humo, fuego, gas, monóxido de carbono.
- Detectores funcionales de caída, de apertura de frigorífico, detector de pasividad/ movilidad, sensor de ocupación cama o sillón, detector de enuresis, dispensador de medicación, etc.
- Dispositivos específicos para el desarrollo de actuaciones de prevención y acompañamiento (video - asistencia, plataformas de servicios interactivos compatibles con el equipamiento existente en el domicilio y de uso habitual para el usuario "TV").

- Dispositivos integrados en el sistema de teleasistencia aplicables a la telemonitorización de las personas atendidas con patologías crónicas.

La actuación con el usuario del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se orienta fundamentalmente, a detectar situaciones de la vida cotidiana, como el estado en el que se encuentran las viviendas y lo relativo al aseo personal del usuario, incluyendo la detección de posibles deterioros cognitivos y situaciones de vulnerabilidad en el entorno familiar.

Se realizan atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo emocional y rehabilitador y de acompañamiento a las personas o familias que se hallen en situaciones de especial necesidad: mediante el personal coordinador de las empresas adjudicatarias y el personal auxiliar que presta el servicio, se tiene conocimiento de las situaciones anteriormente referidas y si es preciso el órgano competente de la Comunidad, lo pone en conocimiento de los Servicios Sociales, para su intervención si se considera necesario.

4.1.2.3. Formación en materia de fragilidad y longevidad saludable en personas mayores.

4.1.2.3.1. Formación dirigida a los profesionales.

Desde las Residencias y Centros de Día contratados cuentan con:

- Plan de formación específica en atención residencial a personas mayores dirigido al personal del centro.
- Plan de formación continuada y específica en el “Modelo de Atención Centrada en la Persona” para todos los profesionales del centro.

En los Pisos Tutelados cuentan con un Plan de formación específico en materia de atención a personas mayores.

La AMAS cuenta con:

- Plan de formación de la Dirección General de Función Pública de la Comunidad de Madrid



específica en atención residencial a personas mayores dirigido al personal del centro.

- Plan de formación de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad de Madrid dirigido al personal de la AMAS.

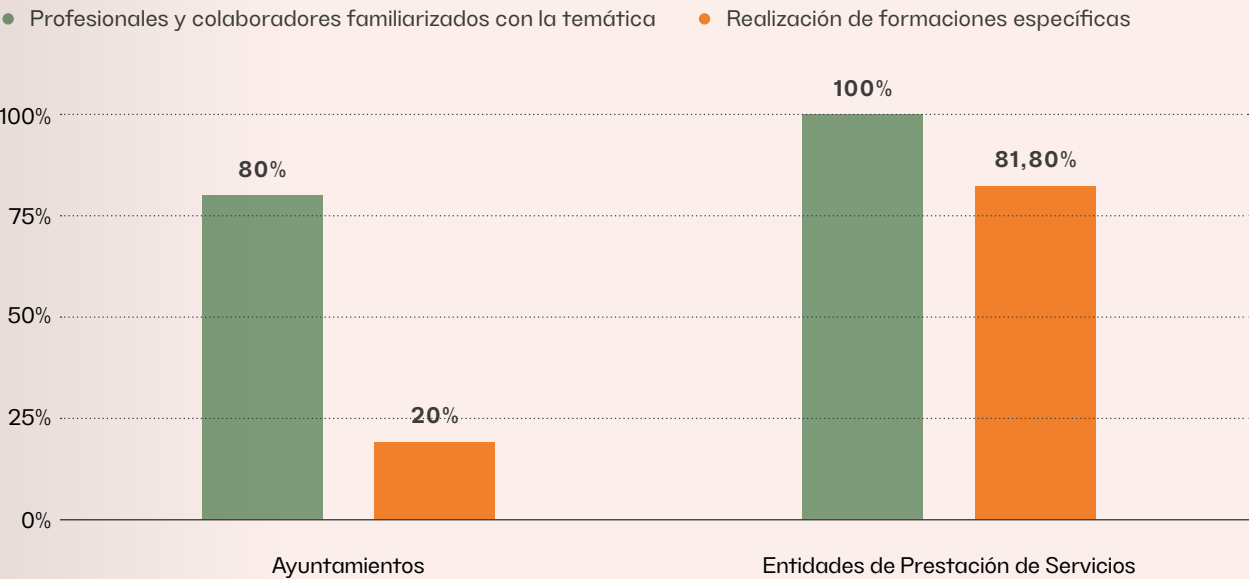
4.1.2.3.2. Actuaciones de información, asesoramiento y formación sobre fragilidad, dependencia y longevidad saludable.

Las Residencias y Centros de Día contratados y en la AMAS realizan una valoración integral en las áreas de salud física, funcional, cognitiva, afectiva, socio-familiar y psicológica, así como en los Pisos Tutelados valoran al residente y se elabora un Plan de Atención Individualizada.

4.1.2.3.3. Actuaciones de información, asesoramiento y formación sobre fragilidad, dependencia y longevidad saludable a las familias y/ o cuidadores (formales e informales).

Por parte de las Residencias contratadas llevan a cabo actividades de información a los familiares sobre la situación e incidencias en relación con la atención a los usuarios, así como existe el Protocolo de Información y Orientación para el ingreso a usuarios y familiares.

Gráfico 8
Formación de los profesionales y colaboradores en el ámbito de la fragilidad.



4.2. ANÁLISIS EXTERNO DE LA PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD.

Se presenta, a continuación, los resultados más relevantes obtenidos en el análisis externo de las actuaciones relacionadas con la promoción de la longevidad saludable y el abordaje de la fragilidad.

4.2.1. Análisis de las actuaciones de ayuntamientos y entidades.

4.2.1.1. Formación, identificación de la fragilidad y procedimientos de derivación.

4.2.1.1.1. Formación de los profesionales y colaboradores en el ámbito de la fragilidad.

Las temáticas tratadas por los ayuntamientos son más amplias y centradas en la vulnerabilidad como concepto amplio (más social que sanitario). Por su parte, las entidades prestadoras de servicios sí disponen de formaciones sobre fragilidad, desde el punto de vista sanitario, los diferentes elementos y aspectos relacionados con ella y estrategias de prevención, identificación e intervención.

El Gráfico 8 indica la formación específica y aquella familiarizada con la fragilidad que se imparte en ayuntamientos y entidades de prestación de servicios.

4.2.1.1.2. Formación de los profesionales y colaboradores en el ámbito de la longevidad saludable.

Entre los contenidos que se incluyen en las formaciones destacan los conceptos de envejecimiento activo, envejecimiento y/o longevidad saludable y amigabilidad de las ciudades con las personas mayores y sus diferentes dimensiones y variables relacionadas (Gráfico 9).

4.2.1.1.3. Sensibilización de la población adulta en el ámbito de la fragilidad.

Las temáticas tratadas en los ayuntamientos y entidades de prestación de servicios son las mismas que para los profesionales, pero adaptadas a la población a la que van dirigidas. De esta forma, se ofrecen consejos y hábitos saludables para prevenir la fragilidad y señales de alarma para identificar situaciones o elementos de riesgo (Gráfico 10).

Gráfico 9
Formación de los profesionales y colaboradores en el ámbito de la longevidad saludable.

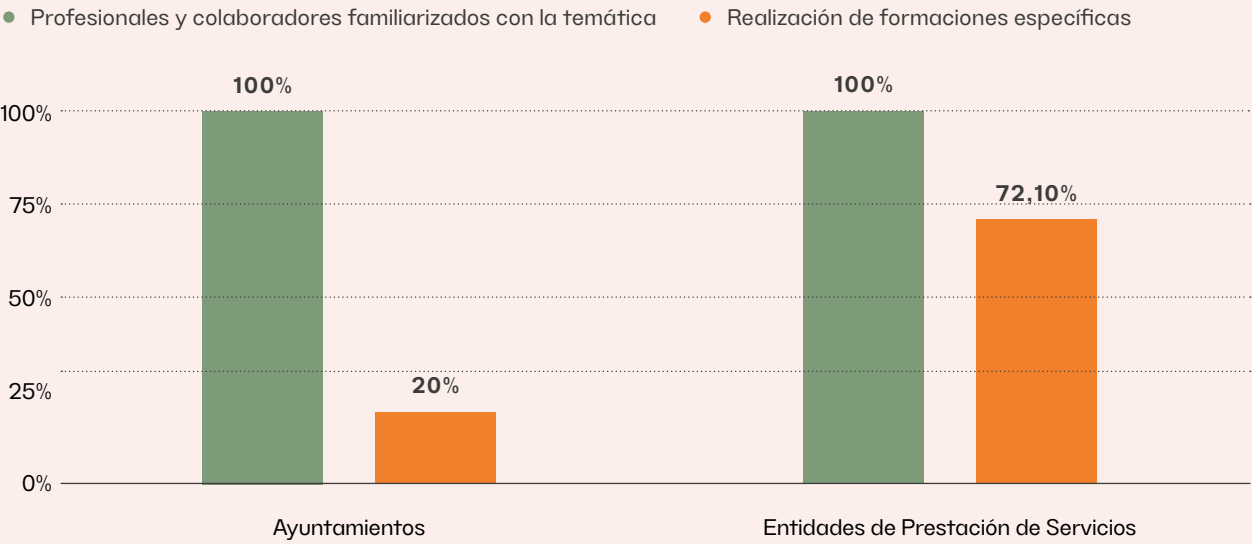
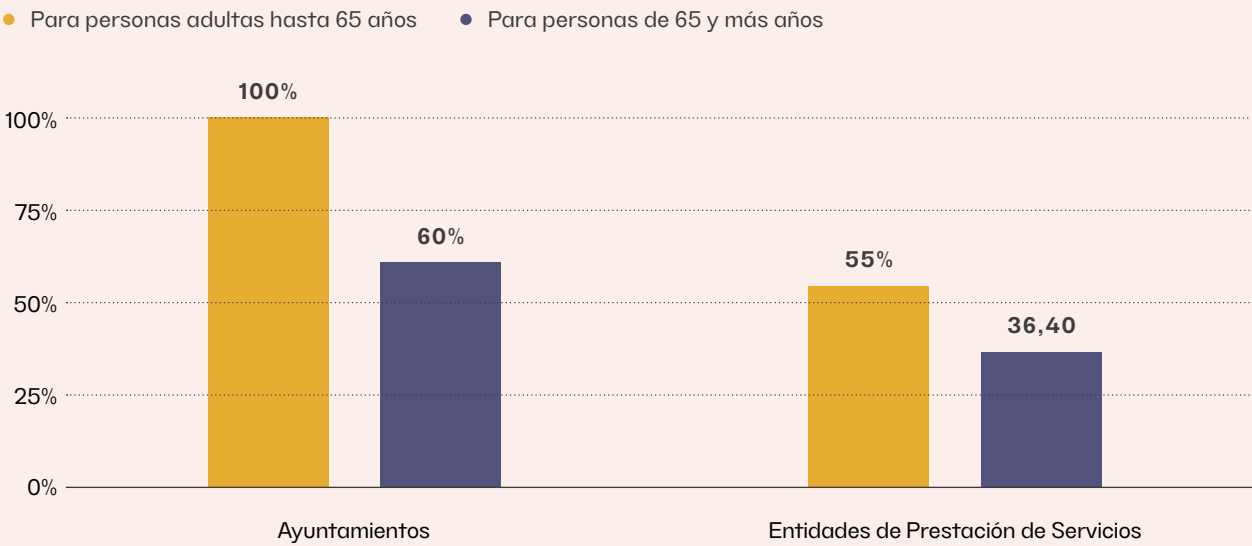


Gráfico 10
Acciones formativas para población adulta en el ámbito de la fragilidad.



4.2.1.1.4. Sensibilización de la población adulta en el ámbito de la longevidad saludable.

Entre los contenidos se incluyen principalmente aspectos como recomendaciones generales sobre hábitos saludables y los determinantes del envejecimiento activo y saludable, tales como el entorno físico, los factores biológicos y psicológicos, conductas saludables y no saludables o los económicos (Gráfico 11).

4.2.1.1.5. Identificación de la fragilidad y mecanismos de derivación y/o comunicación.

Los ayuntamientos y las entidades prestadoras de servicios afirman realizar algún tipo de identificación de personas en situación de fragilidad (Gráfico 12), para ello, utilizan escalas o instrumentos validados científicamente y cuestionarios propios elaborados específicamente para tal fin o una combinación de ambas modalidades (Gráfico 13).

Gráfico 11
Acciones formativas para población adulta en el ámbito de la longevidad saludable.

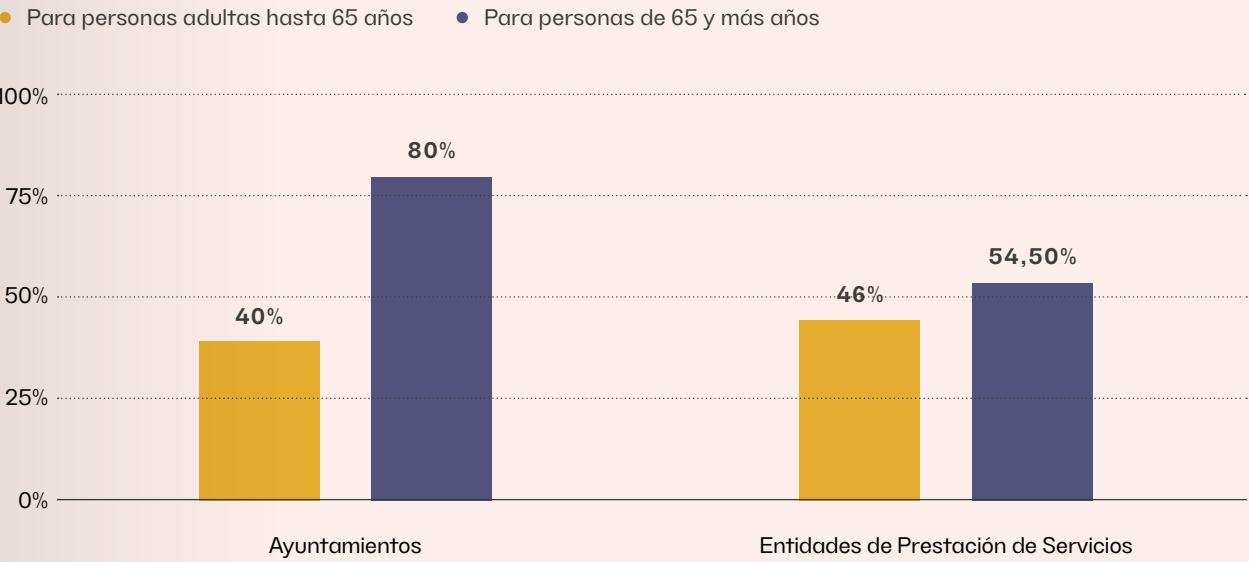


Gráfico 12
Acciones para la identificación de la fragilidad.

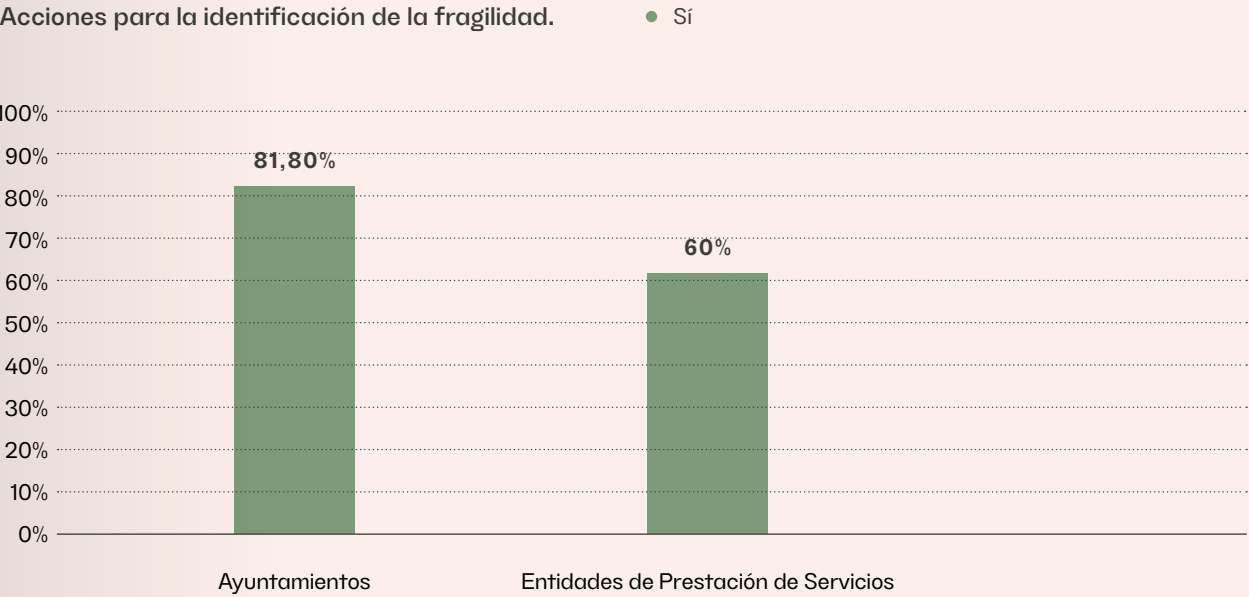
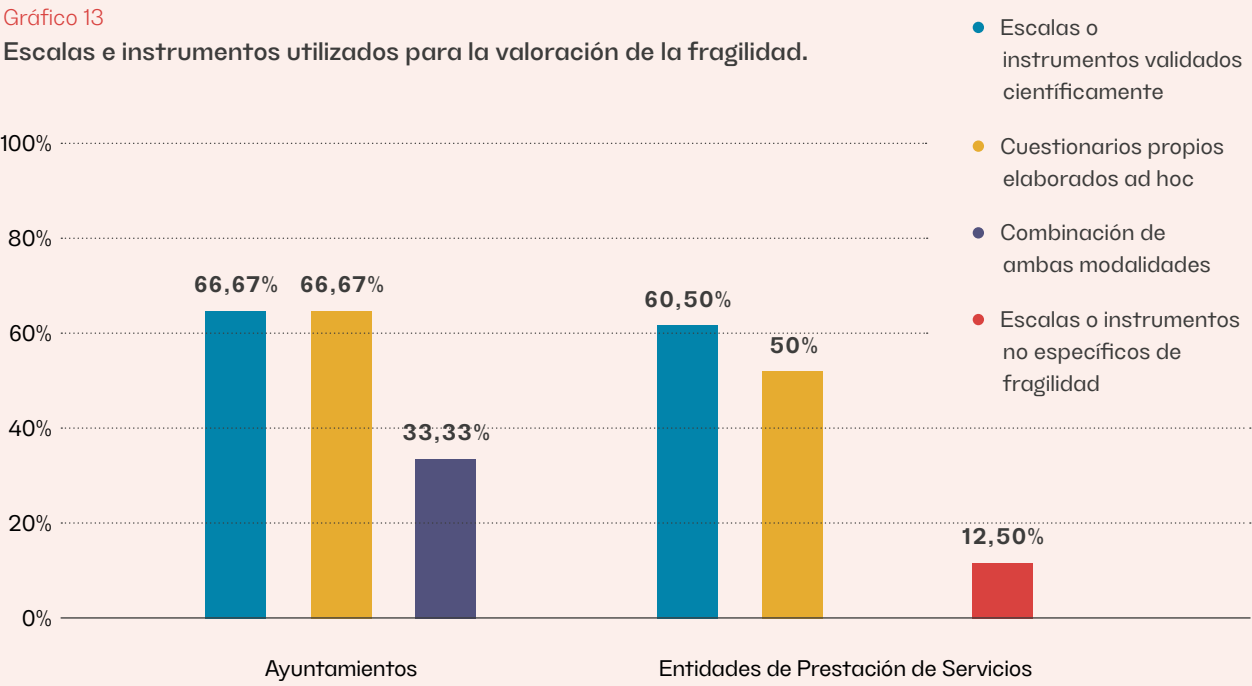


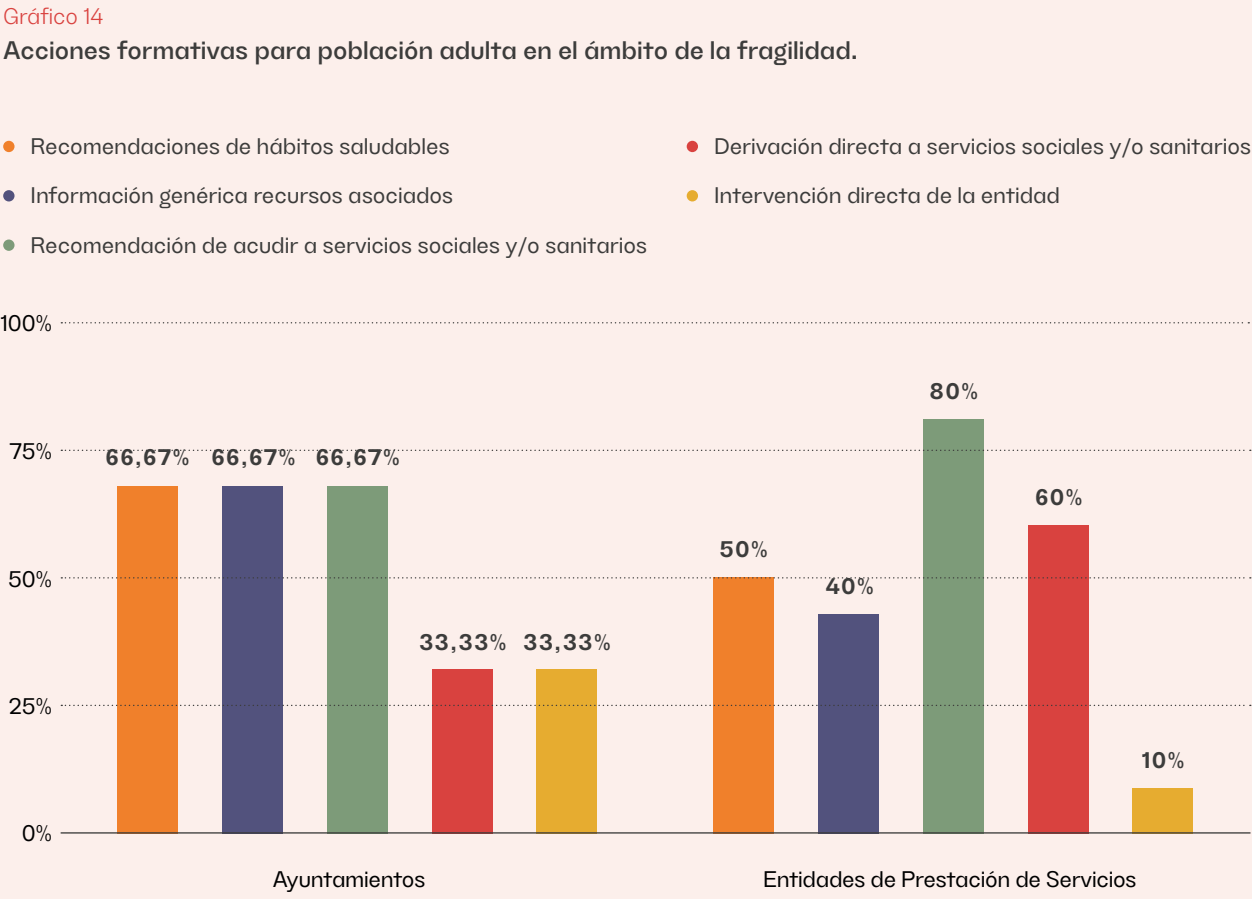
Gráfico 13
Escalas e instrumentos utilizados para la valoración de la fragilidad.



En cuanto a las acciones que se realizan tras una identificación positiva de la fragilidad, se ofrecen recomendaciones de hábitos saludables,

información genérica sobre fragilidad y recursos y se le insta a la persona, o cuidadores, a acudir a los servicios sociales y/o sanitarios (Gráfico 14).

Gráfico 14
Acciones formativas para población adulta en el ámbito de la fragilidad.



4.2.1.2. Prevención de la fragilidad y fomento del estilo de vida saludable.

Las entidades de prestación de servicios consultadas realizan en el 100% de los casos, con sus propios recursos, diferentes acciones. Ocasionalmente, colaboran con entidades públicas y/o privadas, con las que pueden compartir sector de actividad o intereses.

La Dirección General de Deportes de La Consejería de Cultura, Turismo y Deportes informa de la relación del Programa “Enforma”, dentro de la estrategia de apoyo al mayor con un presupuesto anual de 78.232,86€ que se ejecuta desde

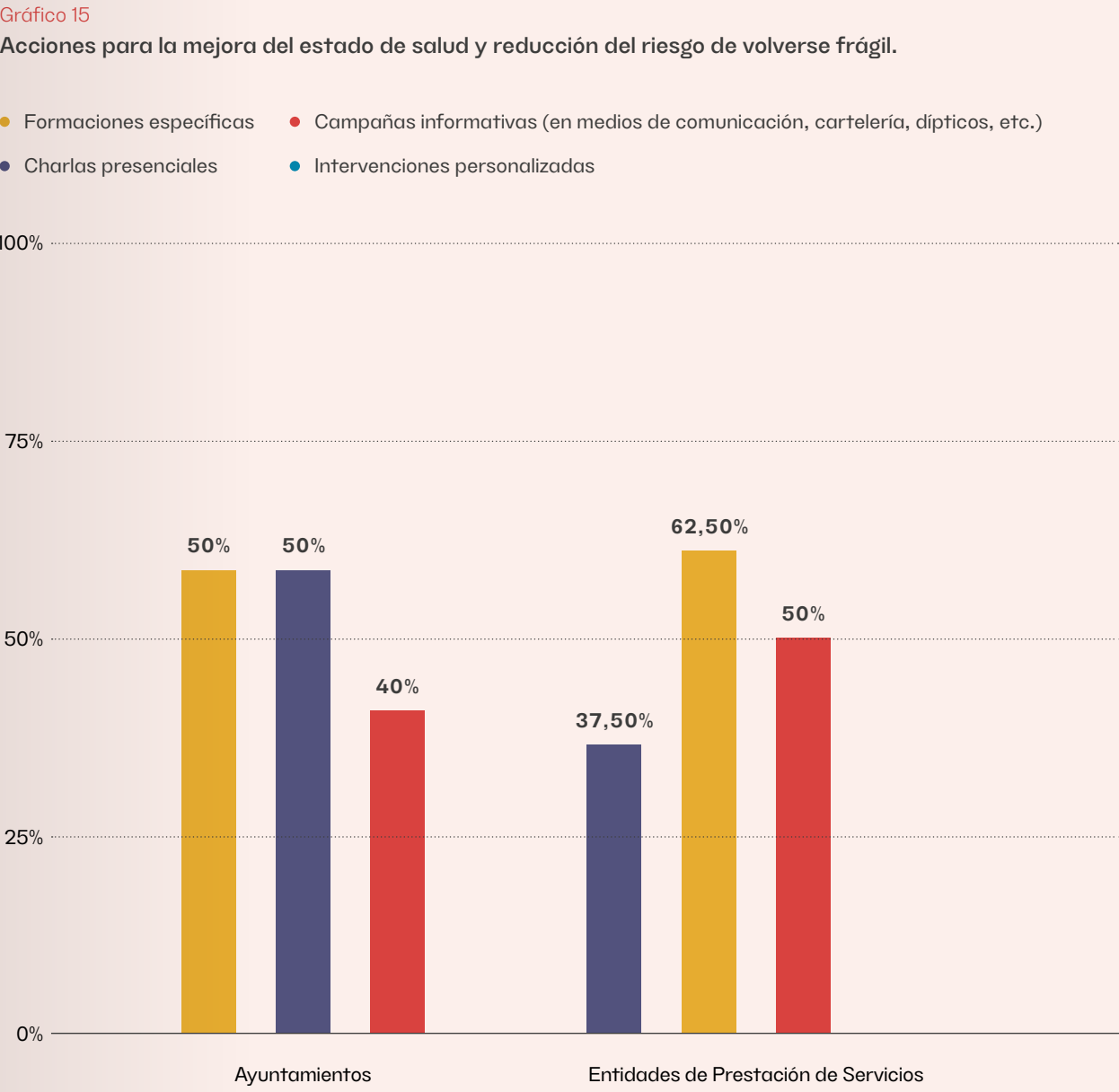
2005 entre los meses de octubre a junio y cuya continuidad está asegurada.

4.2.1.2.1. Mejora del estado de salud y reducción del riesgo de volverse frágil.

El 100% de los ayuntamientos refieren realizar alguna acción dirigida a la mejora del estado de salud y prevención de la fragilidad. En cuanto a las entidades de prestación de servicios, el 72,7% refiere realizar este tipo de actividades.

Las acciones que realizan aquellos agentes que afirman realizarlas se distribuyen según se representa en el Gráfico 15.

Gráfico 15
Acciones para la mejora del estado de salud y reducción del riesgo de volverse frágil.



Es preciso aclarar aquí que los porcentajes suman más de 100% porque no son actividades excluyentes, es decir, una entidad puede realizar más de una actividad. Esto se repetirá con todos los porcentajes del epígrafe 4.2.1.2. del presente documento.

4.2.1.2.2. Deshabitución de consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco).

El 40% de los municipios y el 36,4% de las entidades prestadoras de servicios afirman disponer de acciones dirigidas a que la población deje de fumar (Gráfico 16).

Si nos centramos en las acciones para reducir el consumo de alcohol, el 20% de los municipios y el 27,3% de entidades prestadoras de servicios afirman tenerlas (Gráfico 17).

Gráfico 16
Acciones para deshabitación tabáquica.

- Formaciones específicas
- Campañas informativas (en medios de comunicación, cartelería, dípticos, etc.)
- Charlas presenciales
- Intervenciones personalizadas

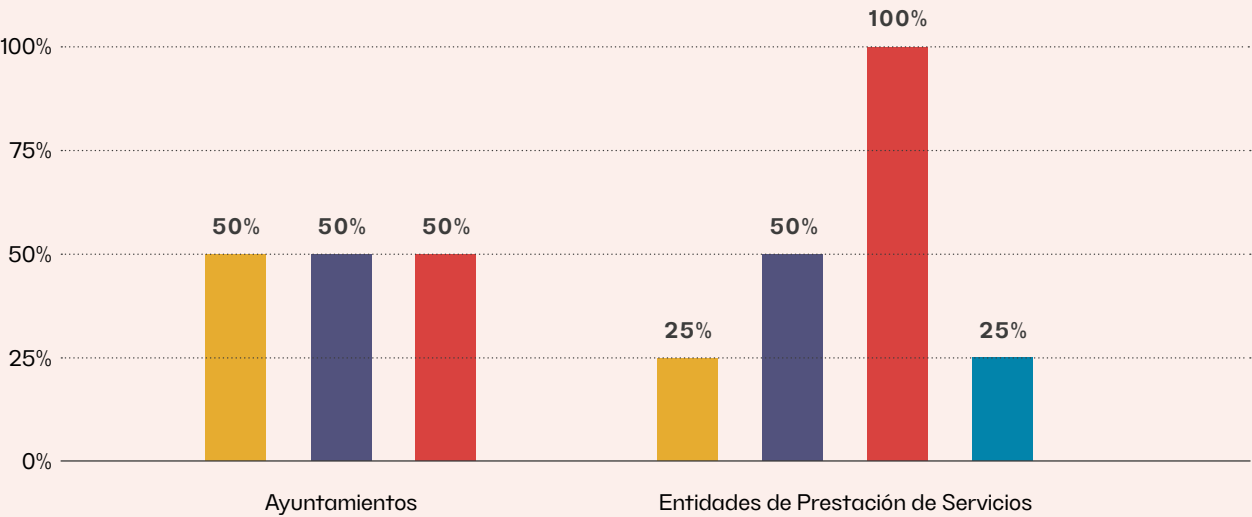
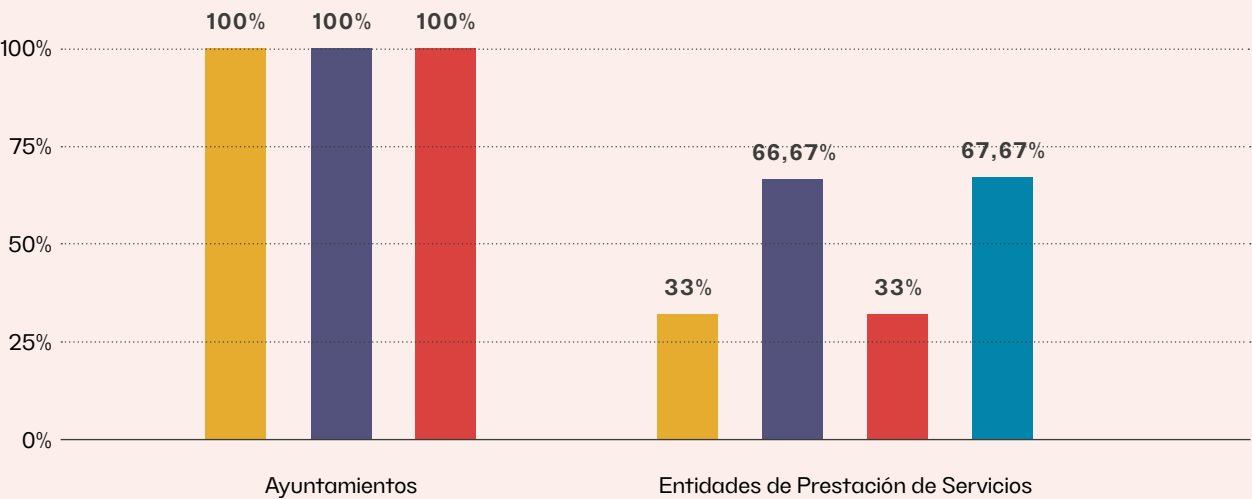


Gráfico 17
Acciones para reducir o eliminar el consumo de alcohol.



4.2.1.2.3. Fomento del ejercicio físico y evitar la vida sedentaria.

El 100% de los ayuntamientos y el 81,8% de las entidades prestadoras de servicios manifiestan desarrollar acciones de promoción del ejercicio físico (Gráfico 18) y diferentes tipos de actividades físicas (Gráfico 19).

Como se ha señalado anteriormente, la Dirección General de Deportes de la Consejería de Cultura, Turismo y Deportes de la Viceconsejería de Deportes dentro de la estrategia de apoyo al mayor se lleva a cabo el Programa “Enforma”.

Gráfico 18
Acciones para el fomento del ejercicio físico y evitar la vida sedentaria.

- Actividades físicas presenciales (curso escolar o semestrales)
- Campañas informativas (en medios de comunicación, cartelería, dípticos, etc.)
- Actividades físicas puntuales no continuadas (inferior a un mes)

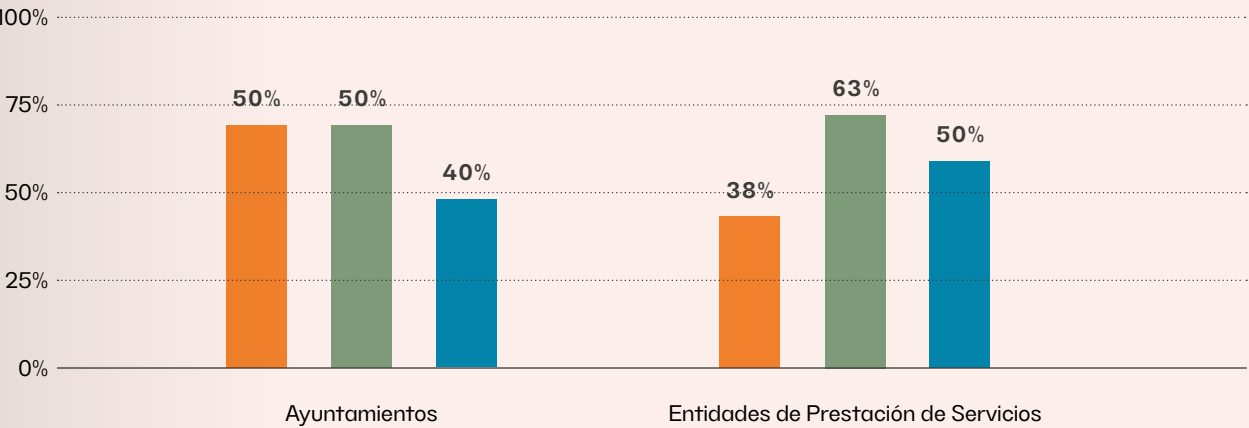
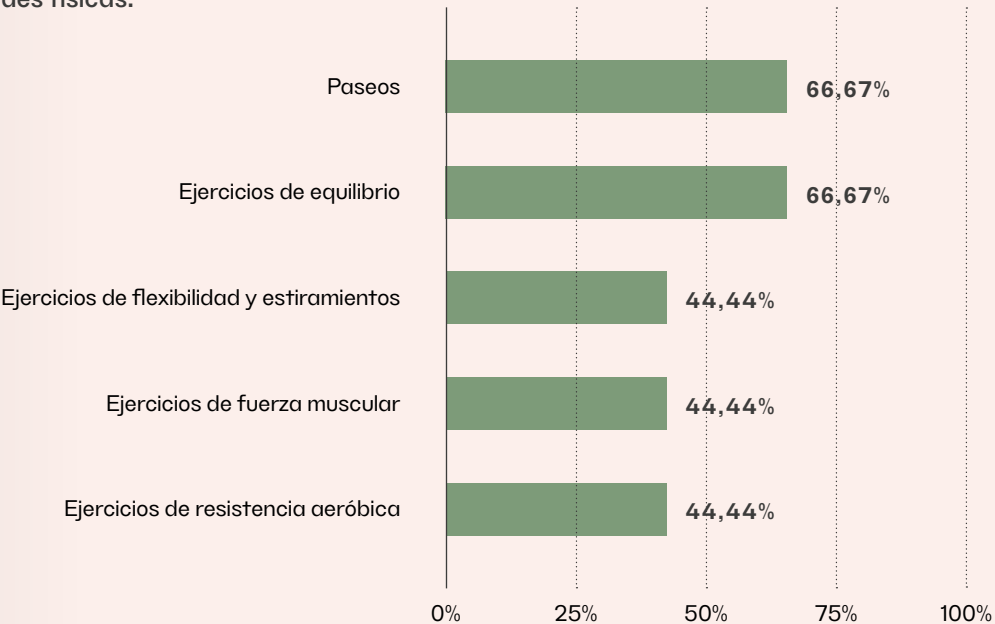


Gráfico 19
Tipos de actividades físicas.



4.2.1.2.4. Fomento de una alimentación saludable.

El 80% de los ayuntamientos y el 81,8% de entidades prestadoras de servicios tienen actividades dirigidas a fomentar una alimentación saludable, mediante charlas presenciales, formaciones específicas y campañas informativas (Gráfico 20).

Entre los contenidos figuran temas como recomendaciones generales sobre alimentación saludable, recomendaciones nutricionales en función de necesidades concretas y autovigilancia de aspectos concretos de salud (Gráfico 21).

Gráfico 20
Acciones para el fomento de una alimentación saludable.

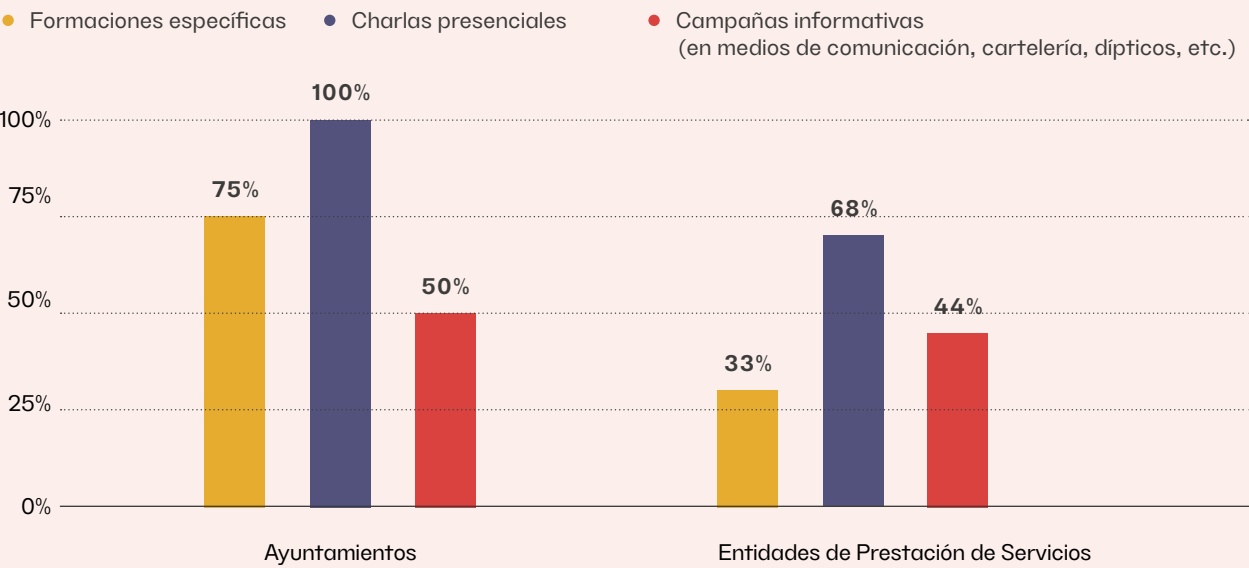
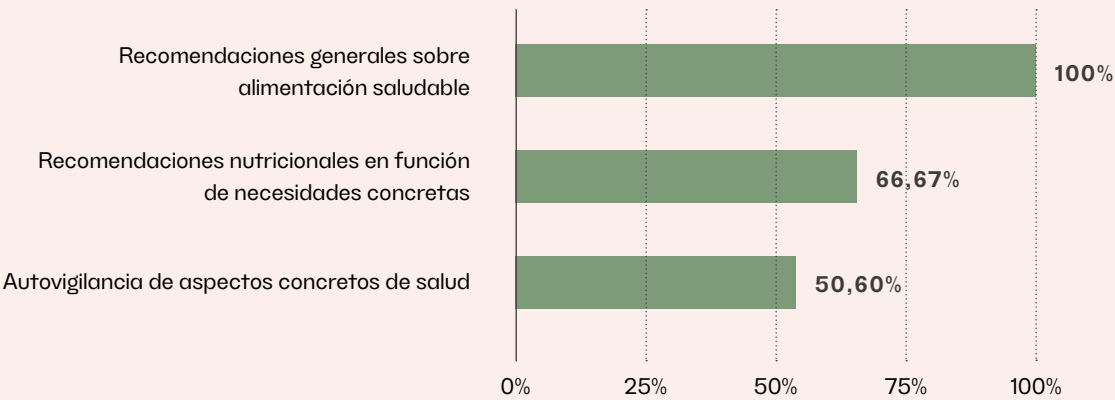


Gráfico 21
Contenido de las formaciones y acciones para el fomento de una alimentación saludable.



4.2.1.2.5. Prevención y detección de enfermedades crónicas.

El 100% de los ayuntamientos y el 63,6% de las entidades prestadoras de servicios manifiestan disponer de algún tipo de acción o actividad de prevención y detección de enfermedades crónicas (Gráfico 22).

Entre las enfermedades sobre las que se interviene destacan la diabetes y las alteraciones de memoria u otros problemas cognitivos, problemas musculoesqueléticos, problemas cardíacos y respiratorios (Gráfico 23).



Gráfico 22
Acciones para la prevención y detección de enfermedades crónicas.

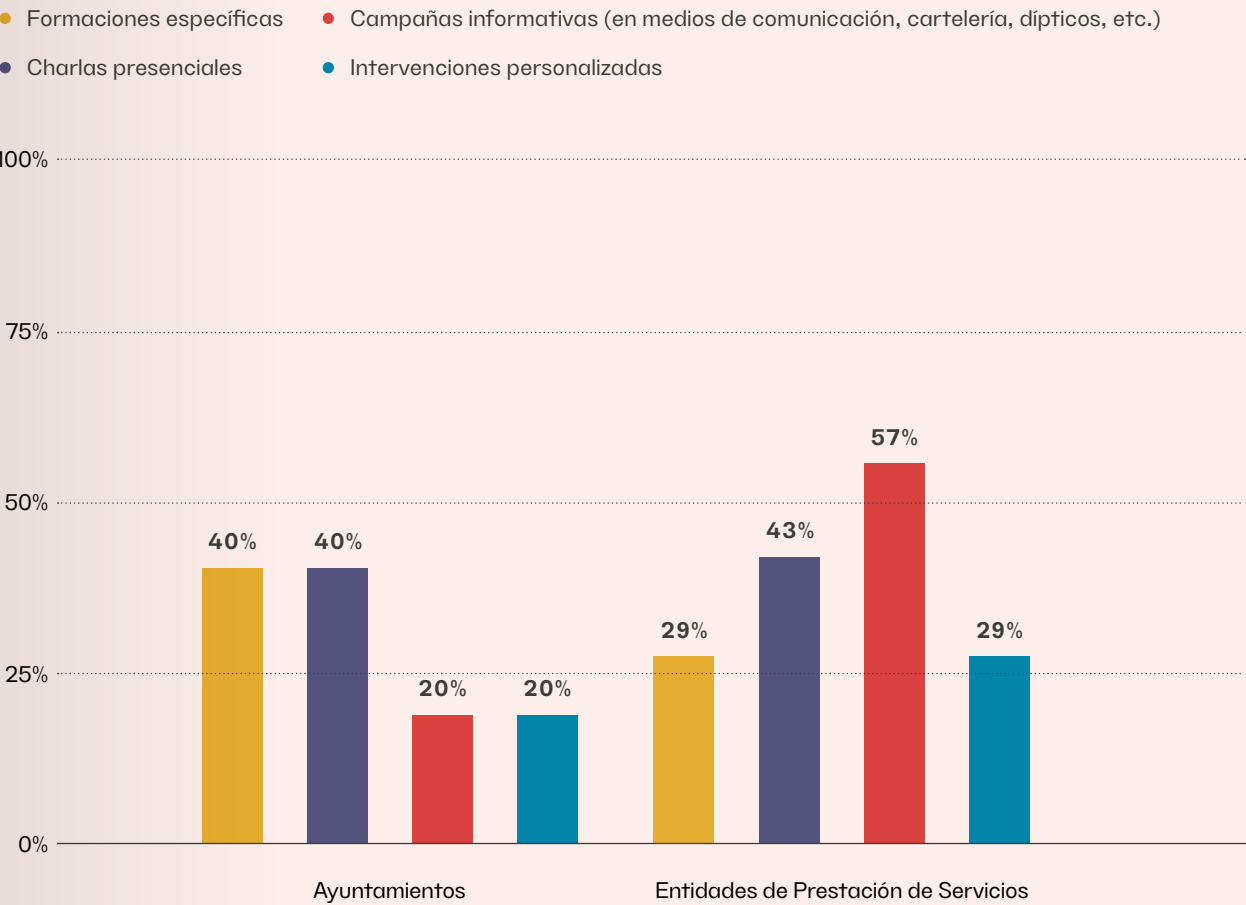
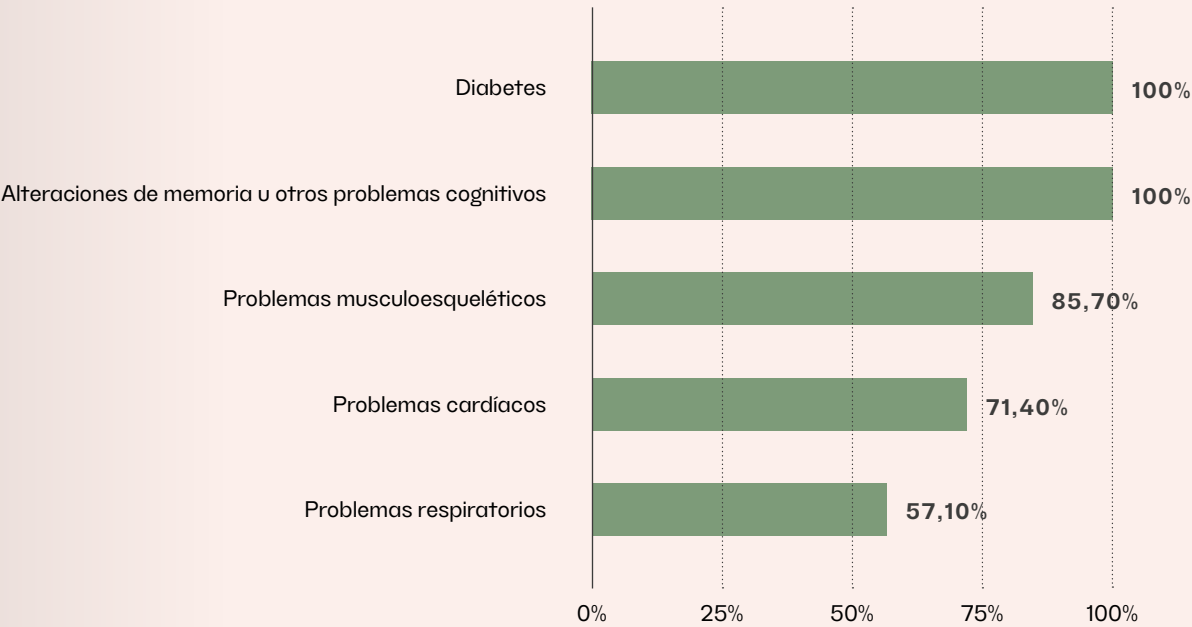


Gráfico 23
Principales enfermedades crónicas sobre las que se interviene.



4.2.1.2.6. Consumo, manejo y almacenamiento adecuado de medicamentos.

Ningún ayuntamiento y únicamente un 45,5% de las entidades de prestación de servicios refiere realizar acciones sobre esta temática (Gráfico 24).

Gráfico 24
Acciones realizadas por las entidades de prestación de servicios relacionadas con el consumo, manejo y almacenamiento adecuado de medicamentos.

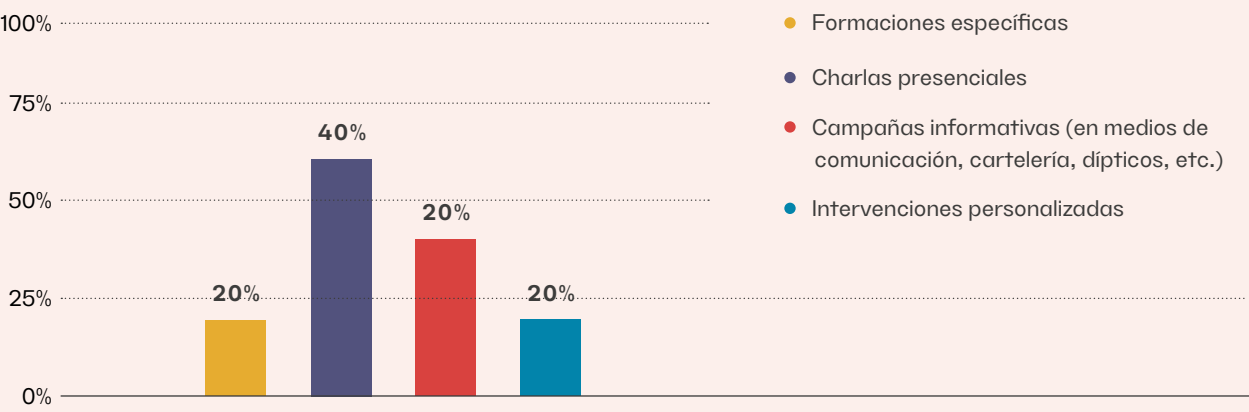
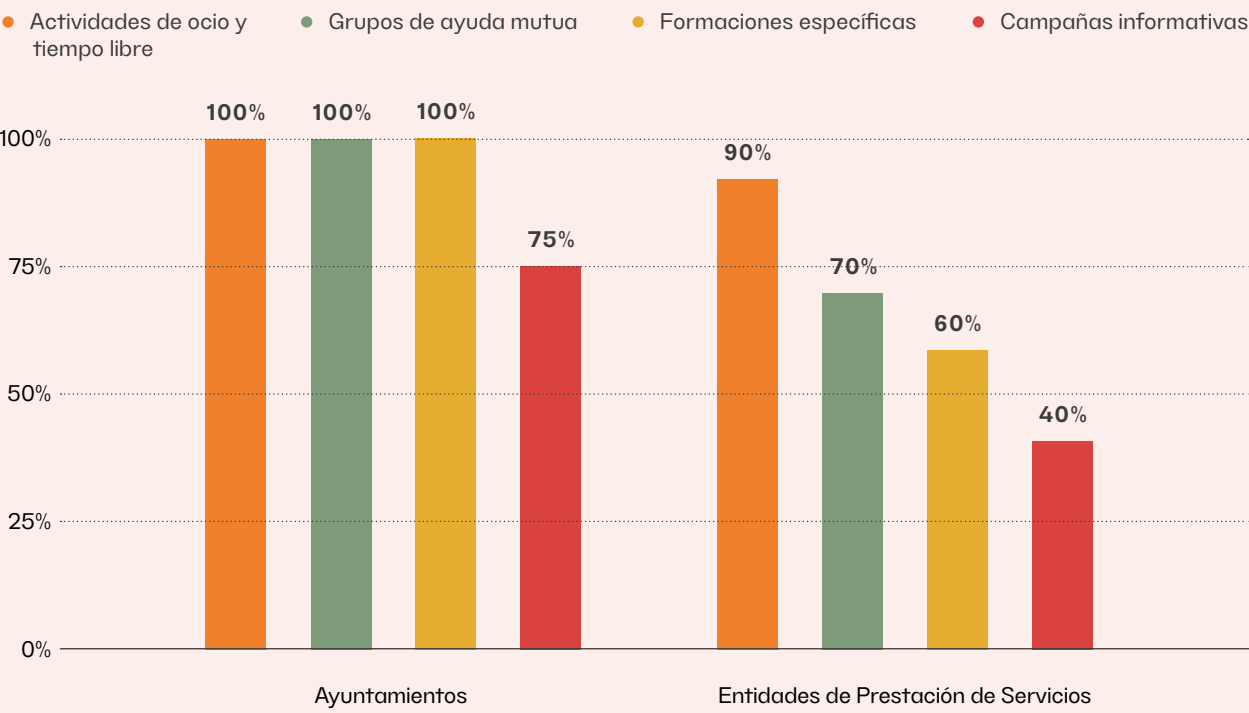


Gráfico 25
Acciones realizadas para el cuidado emocional.



4.2.1.2.7. Cuidado emocional.

Un 80% de los ayuntamientos y un 90,9% de las entidades prestadoras de servicios realiza actividades de cuidado emocional de las personas entre ellas destacan la realización de actividades de ocio y tiempo libre, grupos de ayuda, formaciones específicas y campañas informativas (Gráfico 25).

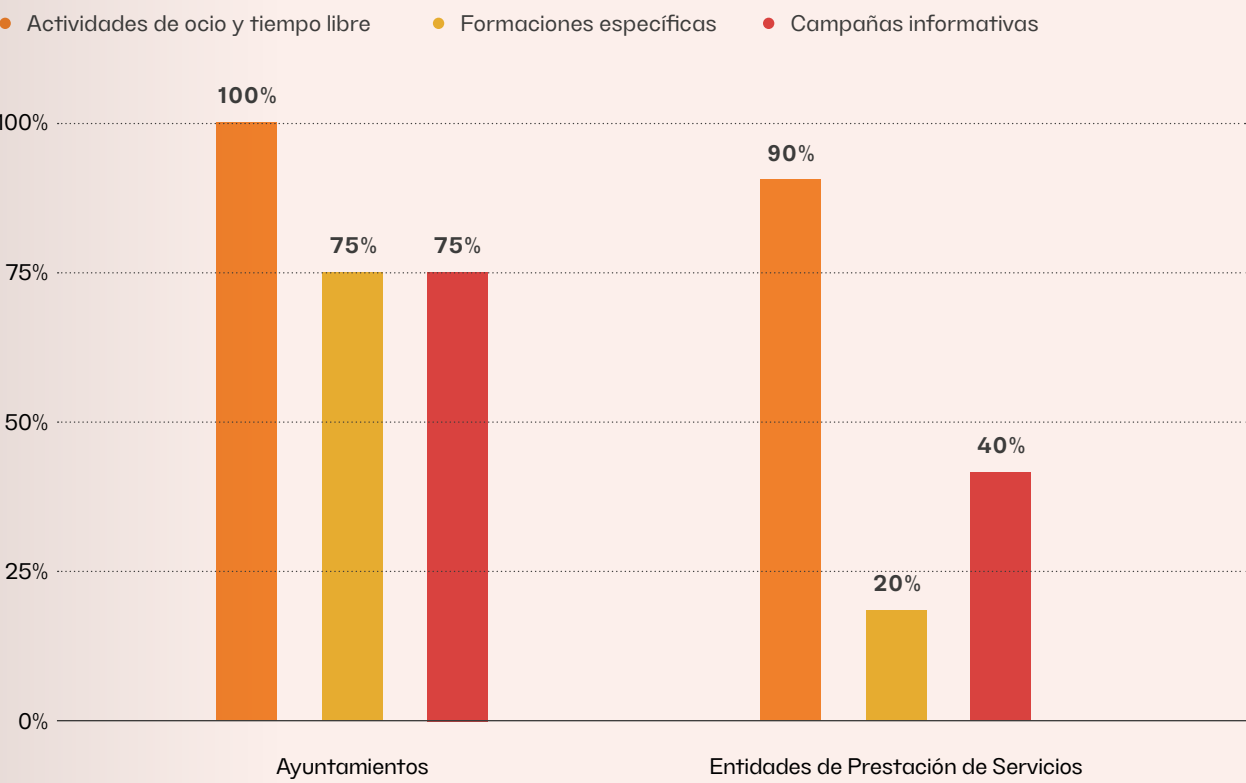


4.2.1.2.8. Fomento de las relaciones sociales.

Un 80% de los ayuntamientos y un 90,9% de las entidades prestadoras de servicios realizan actividades para fomentar las relaciones sociales como son actividades de ocio y tiempo, campañas informativas y formaciones específicas (Gráfico 26).

Antes de finalizar este apartado, es preciso señalar que la Consejería de Educación, Universidades, Ciencia y Portavocía, a través de la Dirección General de Investigación e Innovación Tecnológica, informa de que no realizan actividades que pudieran enmarcarse en la promoción de la longevidad saludable o en el abordaje de la fragilidad.

Gráfico 26
Acciones para el fomento de las relaciones sociales.



4.3. ANÁLISIS DE OTRAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y NACIONALES

4.3.1. Experiencias internacionales.

4.3.1.1. Proyecto ADVANTAGE.

El objetivo de este proyecto europeo fue definir una estrategia común que reconociera como objetivos prioritarios de salud pública en los países participantes al envejecimiento saludable y a la fragilidad para contribuir a impulsar su abordaje basado en la evidencia científica de una forma homogénea¹⁴⁰.

En el marco de este proyecto, se realizaron las siguientes acciones¹⁴⁰:

1. Elaborar el estado de arte que incluyera aspectos como la definición, prevalencia, incidencia, prevención, cribado, diagnóstico, manejo y seguimiento, tanto a nivel individual como población. También se analizaron las necesidades formativas de los profesionales y de investigación al respecto.
2. Recopilar información sobre la actuación de los países miembros de la Unión Europea sobre el abordaje de la fragilidad y el envejecimiento saludable. El objetivo era

- conocer las posibles barreras para mejorar en el abordaje.
- Seguidamente se reconoce la importancia de la sensibilización y de la formación específica.
3. Desarrollar un marco teórico común sobre el que se desarrollen las políticas de salud pública para la prevención y abordaje de la fragilidad.

6. Difundir este enfoque común entre los estados miembros.
4. Proponer hojas de ruta específicas para cada estado miembro de la Unión Europea basadas en los documentos anteriores.

Todo ello puede consultarse en un documento titulado “Promocionando el envejecimiento saludable a través de un Abordaje Preventivo de la Fragilidad”, conocido como FPA (Frailty Prevention Approach)¹⁴¹. En este documento se presentan una serie de recomendaciones en 10 áreas de trabajo, con sus correspondientes acciones, que, a juicio de los autores, deberían realizarse para un correcto abordaje de la fragilidad.
5. Identificar lagunas de conocimiento entre los gestores y responsables de las políticas públicas, entre los profesionales y entre las propias personas mayores y sus cuidadores.

Recomendaciones FPA:

1. Concienciación de la población, involucrar a los diferentes socios y empoderar a las personas mayores.
- 1.1. Campañas de concienciación.

1.2. Involucrar a los socios claves.
2. Compromiso a la acción en fragilidad.
- 2.1. Desarrollo de una estrategia nacional de envejecimiento saludable y fragilidad.

2.2. Alineamiento de otras estrategias previas.

2.3. Creación de un departamento o programa en el ministerio de salud.
3. Promoción del envejecimiento saludable y prevención de la fragilidad.
- 3.1. Implementar estrategias poblacionales.

3.2. Promocionar las Ciudades Amigables con las Personas Mayores.

3.3. Desarrollar guías.
4. Detección precoz de la fragilidad.
- 4.1. Desarrollo de iniciativas para la detección temprana.

4.2. Incluir la fragilidad en la encuesta nacional de salud.

4.3. Adoptar estrategias de estratificación de riesgo de la población utilizando datos epidemiológicos.



5. Manejo adecuado de la fragilidad.
- 5.1. Utilizar la Valoración Geriátrica Integral, adaptada a cada ámbito de atención.

5.2. Desarrollar guías para manejar la fragilidad y sobre intervenciones específicas.
6. Establecer y mejorar de manera continuada un modelo integrado de cuidado para abordar la fragilidad.
- 6.1. Desarrollar recomendaciones para mejorar el modelo de cuidados integrados.

6.2. Desarrollo de un programa que asegure los cuidados intermedios y el manejo de las transiciones.

6.3. Evaluación y mejora de los servicios, replicar programas con resultados positivos y pilotar nuevos programas.
7. Educación y entrenamiento.
- 7.1. Incluir las recomendaciones del FPA sobre las capacidades mínimas en pregrado, postgrado y formación continuada en el currículo profesional de todas las disciplinas sanitarias y sociales.
8. Investigación.
- 8.1. Facilitar la creación de redes de investigación multidisciplinares.

8.2. Promover la cooperación con grupos internacionales.

8.3. Asegurar convocatorias de investigación en fragilidad.
9. Apoyo a la implementación (financiación y nuevas tecnologías).
- 9.1. Destinar recursos económicos para promover la implementación de la estrategia nacional en envejecimiento y fragilidad.

9.2. Desarrollar plataformas de información compartida para facilitar los cuidados integrados, el abordaje de la fragilidad y facilitar la educación continuada.
10. Monitorizar la calidad y evaluar la costó-efectividad de las intervenciones.
- 10.1. Incluir indicadores de fragilidad en los objetivos de salud.

10.2. Utilizar indicadores cualitativos.

10.3. Evaluación y mejora continua de los servicios de salud y sanitarios.

Es preciso señalar que, en el ámbito de la detección y el diagnóstico, esta iniciativa recomienda¹⁰ el uso del FRAIL como herramienta de cribado y para el diagnóstico el fenotipo de Fried²⁷, el índice de fragilidad de Rockwood¹⁴² y el Rasgo de Fragilidad¹⁴³.

Se considera que la adopción y aplicación de estas recomendaciones contribuiría a disminuir la discapacidad y/o dependencia asociada al envejecimiento de la población¹⁴⁰.

4.3.1.2. Integrated Care for Older People – ICOPE.

En esta estrategia³⁰ de la OMS se definen los cuidados integrales para las personas mayores. Supone el abordaje global de las necesidades de cada paciente en riesgo de desarrollar fragilidad o de presentarla y, por supuesto, una vez que ha desarrollado discapacidad. Este modelo de organización precisa de dos factores esenciales, la coordinación entre agentes y niveles asistenciales y la continuidad de cuidados a lo largo de esos niveles, dando cauce así a la cobertura de las necesidades cambiantes de los pacientes con procesos crónicos y potencialmente discapacitantes, que requerirán de manera alternante atención en varios de los niveles asistenciales, tanto sociales como sanitarios. Especial atención merecen las transiciones dentro del sistema de salud y con otros entornos.

4.3.1.3. SUNFRAIL.

Proyecto realizado en Italia, Polonia, Irlanda del Norte y España. Parte de la definición de la fragilidad como estado dinámico que afecta a los individuos con pérdidas a través de uno o más dominios funcionales (físico, psicológico y social), aumentando en general el riesgo de resultados adversos¹⁴⁴.

Durante el proyecto se desarrolló y validó una herramienta específica, que constaba de nueve preguntas con información sobre los dominios biológico, psicológico y social¹⁴⁵.

Desde 2015 hasta 2018, el objetivo de este proyecto fue mejorar la identificación, prevención y gestión de la fragilidad y la atención de la multimorbilidad en personas que viven en la comunidad (mayores de 65 años) de entornos locales y regionales de los países de la UE¹⁴⁴. Esto se hizo a través del desarrollo de un modelo compartido y de un conjunto de herramientas para la predicción de la fragilidad y la multimorbilidad en entornos comunitarios¹⁴⁵.

Los conjuntos de herramientas se probaron en atención primaria y en entornos ambulatorios, y resultaron ser útiles para identificar los factores de riesgo de fragilidad, así como para apoyar el desarrollo de intervenciones proactivas ¹⁴⁵.

4.3.2. Experiencias nacionales.

4.3.2.1. Hoja de Ruta para el Abordaje de la Fragilidad en España en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo general de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención (EPSP) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)¹²⁷ es fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones, abordando los entornos sanitario, educativo y local con un enfoque integral y de equidad. Se pretende promover una sociedad en la que todos los individuos desarrollen el máximo potencial de su bienestar, salud, capacidades y autonomía¹²⁷.

Esta Hoja de Ruta¹⁴⁶ pretende integrar las estrategias, planes y programas en relación tanto a la persona mayor, como a la cronicidad y fragilidad, a través de un abordaje intersectorial y multidisciplinar, con el objetivo de lograr un envejecimiento saludable y activo⁸⁵.

En este documento se incluyen 6 acciones del FPA que el Estado se compromete a desarrollar. Los objetivos que persiguen con estas acciones son:

- 1. Constituir al envejecimiento y fragilidad como prioridad en salud.
- 2. Promover el envejecimiento saludable mediante iniciativas comunitarias intersectoriales y programas preventivos.
- 3. Mejorar el registro de la fragilidad en atención primaria y otros sistemas de información.
- 4. Impulsar la implementación de un programa de cribado de la fragilidad y desarrollar protocolos y guías de abordaje.
- 5. Promocionar un modelo integrado de cuidados que aborde la fragilidad y potencia la coordinación de servicios.
- 6. Aumentar la formación de los profesionales.
- 7. Potenciar la investigación sobre fragilidad.



Más en detalle, las 6 acciones con sus objetivos y actividades son las siguientes:

• **Acción 1. Convertir la fragilidad en una prioridad de Salud Pública.**

Se pretende conseguir que todas las partes implicadas consideren el envejecimiento y el abordaje de la fragilidad como una prioridad y que tengan la misma visión del envejecimiento, centrada en las directrices de la OMS.

Así, las actividades son:

- 1. Desarrollar una campaña nacional de concienciación sobre envejecimiento, combatiendo el edadismo y la fragilidad, dirigida a la población general, los profesionales del ámbito de la salud y de otros ámbitos que trabajan con personas mayores, y los políticos (ministerios y consejerías).
- 2. Apoyar las acciones relacionadas con la prevención de la fragilidad, mediante reuniones periódicas del Grupo de Trabajo de Prevención de Fragilidad y Caídas (GTPFC) de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, con las siguientes funciones:
 - 2.1. Valorar la revisión y actualización, si procede, de los documentos producidos por el GTPFC, entre ellos el Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor.
 - 2.2. Valorar la necesidad de concreción del abordaje de la fragilidad en el SNS.
 - 2.3. Promover y apoyar que las CCAA desarrollen planes de atención a las personas mayores centrados en la prevención de la dependencia y en el abordaje de la fragilidad (como la define la OMS) y alineados con el Documento de consenso de fragilidad y caídas en la persona mayor.
 - 2.4. Avanzar hacia el trabajo intersectorial en envejecimiento y fragilidad de manera que se facilite el abordaje coordinado y transversal. Esto podría llevarse a cabo creando un grupo intersectorial o participando en alguno ya creado por otras administraciones o instituciones.
- 3. Abogar para que la fragilidad esté representada en las estrategias de salud relacionadas con el envejecimiento conforme a la visión de la OMS.

• **Acción 2. Promocionar el abordaje de la fragilidad a nivel poblacional (incluyendo su prevención, detección precoz poblacional y vigilancia/monitorización).**

El objetivo es promover el envejecimiento saludable, apoyar la detección precoz de la fragilidad e impulsar la monitorización de su prevalencia.

Las actividades contempladas son:

<<

- 1. Fomentar la puesta en marcha de iniciativas comunitarias coordinadas e intersectoriales y con perspectiva de equidad, que promociónen el envejecimiento saludable y prevengan la aparición de fragilidad (programas de actividad física adaptados a la capacidad funcional, programas de prevención de caídas, programas de alimentación saludable, promoción del uso racional de los medicamentos, campañas de vacunación). Potenciar el desarrollo de ambientes/ciudades saludables (alineado con la iniciativa de Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores de la OMS), etc.
- 2. Potenciar y apoyar que las CCAA alineen sus programas de actividades preventivas en las personas mayores con el Consejo Integral en estilos de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta.
- 3. Evaluar la implementación del Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor de acuerdo con el “ciclo de evaluación y mejora continua”.
- 4. Facilitar y fomentar que los profesionales de la salud de atención primaria registren y monitoricen la presencia de fragilidad de forma homogénea mediante registros electrónicos, favoreciendo su formación para registrar y la inclusión de información sobre fragilidad en los registros electrónicos.
- 5. Valorar la explotación de información sobre fragilidad o proxys en los sistemas de información nacionales, encuestas de salud y otras fuentes. Sugerir la inclusión de indicadores de fragilidad en los sistemas de información.

• **Acción 3. Promocionar el manejo/abordaje de la fragilidad a nivel individual (incluyendo prevención, detección precoz individual, diagnóstico y manejo).**

Se pretende, mediante esta acción, contribuir a la mejora del abordaje de la fragilidad en todos los niveles de atención.

Se contemplan las siguientes acciones:

- 1. Impulsar y fomentar la implementación del Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, a nivel de todas las CCAA.
- 2. Abogar por el desarrollo de protocolos de acción multidisciplinarios o guías nacionales, consensuadas con las CCAA, para el abordaje de la fragilidad en los procesos asistenciales, subrayando la necesidad de que incluyan:
 - 2.1. El uso de la Valoración Geriátrica Integral adaptada a los distintos niveles de atención para todos los mayores con fragilidad.
 - 2.2. El fomento de una atención centrada en las necesidades de las personas mayores en todos los hospitales.
 - 2.3. Acciones para promover la mejora de las rutas asistenciales, de forma que integren y coordinen la valoración, detección, prevención, diagnóstico, registro y manejo de la fragilidad en todos los ámbitos de atención de las personas mayores (con atención primaria como puerta de entrada, pero en coordinación con el resto de niveles asistenciales: hospital, servicios sociosanitarios, servicios comunitarios).

>>



<<

• **Acción 4. Establecer y mejorar de manera continuada un modelo integrado y coordinado de cuidado que aborde la fragilidad.**

Como objetivos se plantea promocionar un modelo integrado de cuidado que aborde la fragilidad y fomentar la coordinación entre los distintos ámbitos de atención a las personas mayores.

Las actividades incluidas dentro de esta línea son:

- 1. Recomendar el desarrollo de un documento de consenso nacional, alineado con el FPA y la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, sobre el modelo de cuidados integrados en las personas mayores.
- 2. Promover la evaluación y mejora en términos de capacidad funcional y otros resultados de salud relevantes para las personas mayores, de las estrategias o modelos de cuidados integrados adoptados actualmente en los distintos ámbitos.
- 3. Identificar buenas prácticas en lo referente a modelos de cuidados integrados con resultados positivos y favorecer su transferencia.
- 4. Fomentar el pilotaje de estrategias o modelos integrados de cuidado nuevos, basados en el documento FPA.
- 5. Fomentar medidas de coordinación entre los distintos ámbitos (sanitario, servicios sociales, comunitario) con el fin de garantizar y fortalecer la continuidad en el manejo de la fragilidad y en las transiciones entre niveles asistenciales.

• **Acción 5. Facilitar de manera sostenible la formación de profesionales en fragilidad y envejecimiento (incluyendo formación profesional, pre y post graduado y formación continua).**

Se pretende promover e impulsar el crecimiento del número de profesionales bien formados en promoción del envejecimiento saludable y prevención de la fragilidad.

Las actividades que se incluyen son:

- 1. Establecer acuerdos de colaboración con los responsables de educación para fomentar la inclusión de unos contenidos mínimos sobre envejecimiento y fragilidad, alineados con el FPA, en los estudios de formación profesional, pregrado y grado relacionados con las ciencias de la salud, así como otros estudios relacionados.
- 2. Abogar por la inclusión de contenidos mínimos sobre envejecimiento y fragilidad, alineados con el FPA, en la formación sanitaria especializada de todos los profesionales de la salud.
- 3. Promover actividades de formación continuada en envejecimiento y fragilidad para todos los profesionales de la salud con apoyo, en caso de ser preciso, de las nuevas tecnologías de la comunicación. Por ejemplo, impulsando y actualizando el curso "Detección y manejo de fragilidad y caídas en las personas mayores".
- 4. Apoyar y facilitar la creación de foros y puntos de encuentro entre profesionales sanitarios y no sanitarios para favorecer el intercambio de buenas prácticas y la difusión del conocimiento que contribuyan al envejecimiento saludable.

>>



• **Acción 6. Fortalecer la capacidad de investigación en envejecimiento y fragilidad.**

Se persigue promocionar la investigación en envejecimiento y fragilidad.

Las actividades incluidas son:

1. Establecer contacto con los responsables con competencias en investigación para fomentar el apoyo financiero a grupos de investigación en envejecimiento, prevención de dependencia y fragilidad, como el Centro de Investigación Biomédica En Red de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), con el propósito último de asegurar el seguimiento de las cohortes nacionales, la evaluación eficiente de intervenciones para abordar la fragilidad y la creación y el mantenimiento de biobancos para estudiar biomarcadores de fragilidad.
2. Animar a los responsables estatales con competencias en investigación a incorporar expertos en el área de envejecimiento y fragilidad en las comisiones de los sistemas de evaluación de proyectos de investigación sanitaria y avanzar hacia la posible creación de una comisión específica para el Área de Envejecimiento y Fragilidad.
3. Alentar a los responsables estatales con competencias en investigación, otras organizaciones y empresas privadas a la creación de grupos de investigación multidisciplinares con alianzas estratégicas, nacionales e internacionales, que favorezcan la investigación y la innovación, incluyendo el uso de nuevas tecnologías de la comunicación en el abordaje de la fragilidad.
4. Favorecer que los últimos resultados de la investigación se transfieran a la política pública y se diseminen entre la población.

4.3.2.2. Documento de Consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas de la Estrategia para la Prevención y Promoción de Salud del Sistema Nacional de Salud.

Se trata de un documento elaborado por el Grupo de Trabajo de prevención y caídas formado por las Comunidades Autónomas (CCAA) y sociedades científicas³¹ cuyo objetivo era detectar e intervenir precozmente sobre la fragilidad y el riesgo de caídas para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en población mayor de 70 años⁸⁵.

Se recomienda un cribado oportunista en personas mayores de 70 años, que acudan a consulta en atención primaria, sin deterioro funcional en las actividades básicas de la vida (puntuaciones iguales o superiores a 90 en el Índice de Barthel) y una detección activa

de aquellas personas que formen parte de programas asistenciales específicos.

Se sugiere la utilización de pruebas de desempeño como el Short Physical Performance Battery (SPPB), la prueba de “Velocidad de la marcha” o prueba de “Levántate y anda cronometrada” (TUG). Además, existe la posibilidad de complementar esta valoración con la evaluación de la independencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria mediante la Escala de Lawton y Brody con el objetivo de permitir la comparación y evaluación a lo largo del tiempo.

También se debe valorar el riesgo de caídas mediante tres sencillas preguntas, siendo considerado de alto riesgo las personas que respondan positivo a una de ellas:



- ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
- ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?
- ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo? (esta pregunta se considerará positiva si la prueba de ejecución utilizada para el cribado de fragilidad resulta alterada).

A continuación, se debería realizar una valoración geriátrica integral, por lo tanto, multidimensional para confirmar el diagnóstico y establecer intervenciones personalizadas.

Con esta información se clasifica a las personas de la siguiente forma:

- **Personas autónomas:** con un resultado no alterado en la prueba de ejecución (SPPB ≥ 10 puntos; como alternativa: TUG < 20 segundos o velocidad marcha $\geq 0,8$ m/seg.).
- **Personas frágiles:** Aquellas personas con un resultado alterado de la prueba de ejecución (SPPB < 10 puntos; como alternativa: TUG ≥ 20 segundos o velocidad marcha $< 0,8$ m/seg.).

En relación a la intervención se propone para personas autónomas y con bajo de riesgo de caídas la valoración del nivel de actividad física y de estado nutricional, seguido de consejos de hábitos de vida saludable y revisiones anuales.

Para la población identificada como frágil se realizará una intervención específica basada en actividad física multicomponente (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular), seguimientos cada 6 meses y una valoración multidimensional basada en la valoración geriátrica integral (Figura 2).

Para la población con alto riesgo de caídas, se propone intervención multifactorial basada en un

plan de ejercicio físico, revisión de polimedicación y reducción de riesgos en el domicilio. Finalmente, para toda la población mayor de 70 años, se propone la promoción de estilos de vida saludable.

En relación a la aplicación e implementación de las recomendaciones recogidas en este documento por parte de las CCAA se puede afirmar que existen datos muy positivos⁸⁵.

En la misma valoración se indicó que los elementos facilitadores para implementar las recomendaciones fueron la formación de equipos multidisciplinares implicados y motivados, el apoyo de otros sectores y disponer de estrategias relacionadas con el envejecimiento y la fragilidad. Como barreras, se identificó la falta de recursos para desarrollo programas de actividad física multicomponente, la necesidad de mejorar la coordinación sociosanitaria entre recursos, sobrecarga de los profesionales y la necesidad de mejorar el acceso a los programas de actividad física.

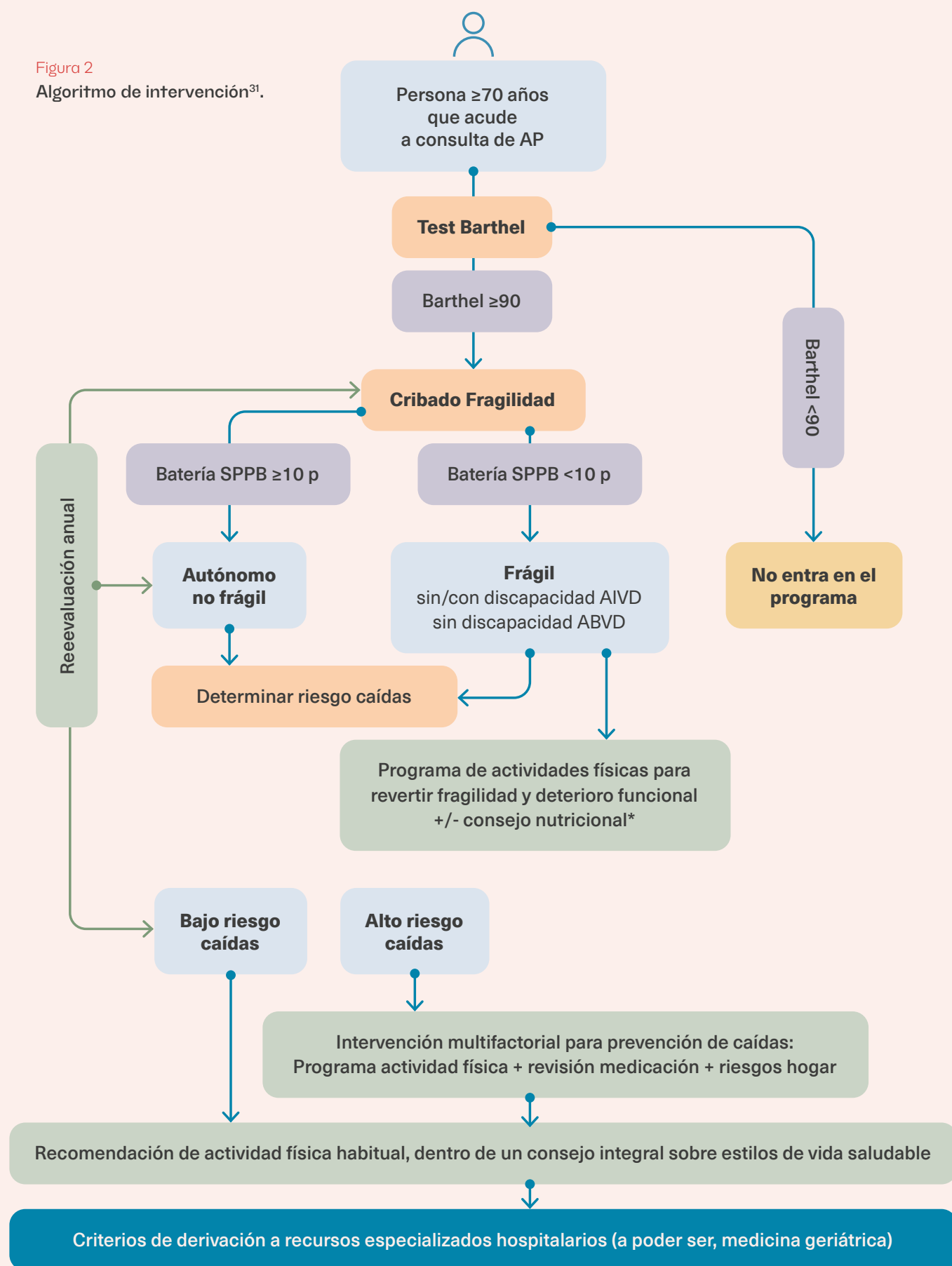
4.3.2.3. Recomendaciones para el abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19.

Como se ha indicado anteriormente, se puede afirmar que la fragilidad es un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedad grave por SAR-CoV-2 así como de fallecimiento; y que, a su vez, la COVID-19 es una enfermedad fragilizante, tanto por sus efectos propios como por las medidas implementadas para su control⁸⁵.

De esta forma, el Grupo de Trabajo de Fragilidad y Caídas desarrolló estas recomendaciones¹ que consisten en una adaptación del documento de consenso anterior³¹ a la etapa de pandemia COVID-19.

Se refuerza el mensaje de que la atención primaria es el medio asistencial clave incluyendo a los recursos y estructuras de apoyo sanitario (centros públicos y privados) y comunitario (centros sociosanitarios, servicios sociales, farmacias comunitarias, centros de día, centros de discapacidad, centros de personas adultas, asociaciones de pacientes, etc.) en la detección y derivación posterior al sistema sanitario, así como

Figura 2
Algoritmo de intervención³¹.



* Preferentemente enmarcado en una valoración multidimensional (valoración geriátrica integral (VGI)).



alternativas a la asistencia presencial. Además, se incluye la evaluación del estado vacunal, incluida contra la COVID-19, y la promoción del autocuidado.

Así, se hace una especial mención a la necesidad de detectar condiciones de fragilidad agravadas y/o derivadas de la situación de inactividad por confinamiento o restricciones de actividades; y de los cambios en la situación funcional de personas que ven dificultado su acceso a los servicios de atención primaria.

Para la detección de la fragilidad se recomienda utilizar las pruebas incluidas en el documento de consenso³¹ y cuando no sea posible realizar una valoración presencial por parte de un profesional sanitario se recomienda utilizar el cuestionario FRAIL¹⁴⁷ con la colaboración de una persona cuidadora previamente entrenada con videos explicativos.

En la intervención para las personas, en función de su capacidad funcional, se siguen las recomendaciones del documento de consenso³¹ y se resalta la posibilidad de utilizar las herramientas digitales y las tecnologías de la información y comunicación (por ejemplo, desarrollo de videos sencillos con ejercicios, fomento de programas específicos en radio y televisión, recomendación de programas y herramientas digitales como VIVIFRAIL, etc.), todo ello adaptado al perfil y necesidades de las personas a las que van dirigidas estas intervenciones.

En relación a las recomendaciones sobre una adecuada alimentación, se recomienda la utilización del Mini Nutritional Assessment (MNA) seguida de consejos sobre un plan de nutrición adecuado. Entre las recomendaciones se encuentra el mantener un Índice de Masa Corporal entre 25-29[50] y aconsejar un consumo de al menos 1-1,2 gr/kg/día de proteínas y de entre 1,2 y 1,5 gr/kg/día en las personas con una enfermedad aguda o crónica. Los ancianos frágiles con alto riesgo de caídas o fracturas y con un nivel de 25-OH vitamina D <30 ng/ml deben recibir dosis de 20 a 25 µg/día (800 a 1000 UI / día) de vitamina D¹⁴⁸.

Finalmente, en relación a la monitorización se recomienda el registro de las actividades de

detección precoz e intervenciones en la Historia Clínica Electrónica de forma homogénea y sistemática¹⁴⁹. Se considera uno de los retos en el abordaje ya que no se dispone de un código específico y único de identificación de la fragilidad y no es homogéneo en todo el territorio.

4.3.2.4. Actualización del Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en la Persona Mayor.

Se trata de una actualización del Documento de consenso sobre prevención de fragilidad de la Estrategia para la Prevención y Promoción de Salud del Sistema Nacional de Salud³¹ de acuerdo a la nueva evidencia.

El elemento nuclear de este programa⁴⁸ consiste en realizar una detección precoz de fragilidad a la población de 70 o más años, en atención primaria o en el ámbito comunitario con posterior derivación al sistema sanitario (fundamentalmente atención primaria, en coordinación con atención hospitalaria cuando sea oportuno), seguido de una intervención específica para revertir la fragilidad o evitar sus consecuencias.

En relación al papel de la atención primaria, se establece que este será el principal recurso para la detección precoz de la fragilidad, el diagnóstico definitivo y el seguimiento de los casos. Además, se debe potenciar la utilización del teléfono u otras tecnologías (telemedicina, telecuidados, teleasistencia, videoconferencia, etc.) sumadas a la atención presencial.

La captación se realizará de forma oportunista a las personas de 70 o más años que acudan al centro de atención primaria por cualquier caso y de forma activa a aquellas personas integradas en determinados programas establecidos.

En primer lugar, se realizará una valoración de la funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria mediante el Índice de Barthel. Toda persona con una puntuación igual o mayor de 90 años se considerará incluida en el programa, al resto se le excluye.

A continuación, se realiza la detección precoz de fragilidad mediante pruebas de ejecución mediante:

- Prueba Corta de Desempeño Físico o Short Physical Performance Battery (SPPB), validada y normalizada en nuestro medio¹⁵⁰, y que, como hemos visto, combina pruebas de equilibrio, velocidad de la marcha y levantadas de la silla. Se considera que existe una alta probabilidad de fragilidad en aquellas personas con un SPPB <10.
- Velocidad de la Marcha sobre 4 metros. Se considera con alta probabilidad de fragilidad a aquellas personas con VM <0,8 m/s¹⁵¹. Idealmente se considera la realización de la prueba en 6 metros, pero la evidencia científica apoya la posibilidad de realización en 4 metros y de cara a la factibilidad de la misma debido a motivos organizacionales y de espacio en AP, se mantiene esta recomendación.

También se pueden utilizar la prueba levántate y anda cronometrado o Test Get Up and Go (TUG)¹⁵² o la Escala Frail¹⁵³.

En resumen, aquellas personas con SPPB <10, TUG >12, VM <0,8 o FRAIL≥1 serán consideradas con alta probabilidad de fragilidad. Y aquellas con

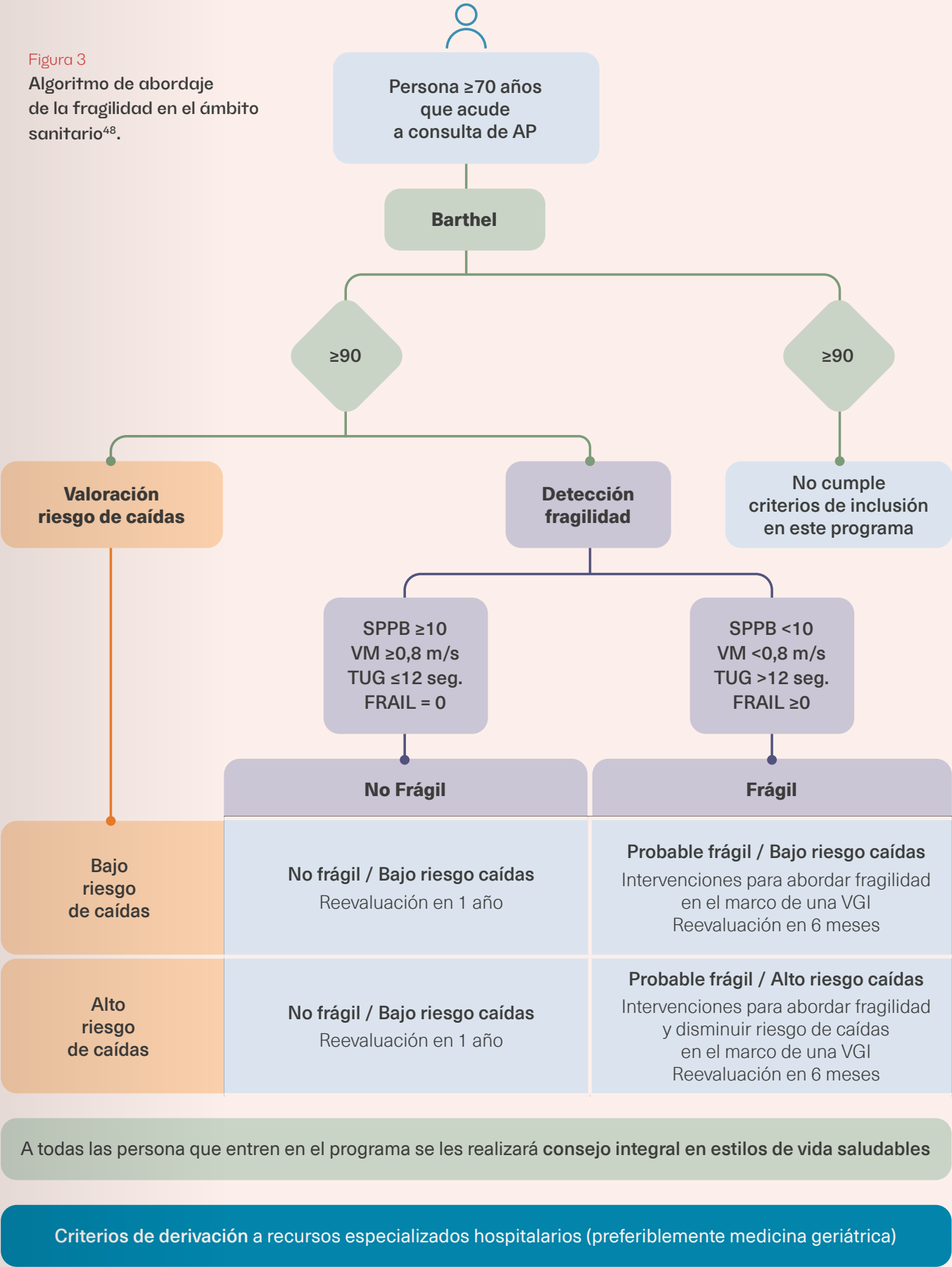
SPPB ≥10, TUG ≤12 VM ≥0,8 o FRAIL=0 se les considerará no frágiles.

A las personas a las que se les ha identificado con alta probabilidad de fragilidad se les debe confirmar el diagnóstico con una prueba específica de fragilidad (Figura 3). Se proponen para ello el Fenotipo de Fragilidad de Fried, Escala de Rasgos de Fragilidad forma corta-5 ítems (Frailty Trait Scale-5, FTS-5) o el Índice de Fragilidad (Frailty Index-FI). Al no ser instrumentos comunes en atención primaria, en esta actualización se ha consensuado iniciar la intervención para el abordaje de la fragilidad basada en una Valoración Geriátrica Integral (VGI) en todas las personas identificadas con alta probabilidad de fragilidad y se reconoce, como objetivo futuro, introducir en atención primaria esas pruebas de confirmación en el futuro.

Como resultado de la VGI se planificarán las intervenciones específicas para revertir la fragilidad. Para ayudar a los profesionales, esta actualización del documento de consenso señala las intervenciones que han demostrado su eficacia en ensayos clínicos o meta-análisis.



Figura 3
Algoritmo de abordaje de la fragilidad en el ámbito sanitario⁴⁸.



AP: Atención Primaria, VGI: Valoración Geriátrica Integral.

Un aspecto relevante de esta nueva actualización del documento de consenso es la apuesta decidida por la coordinación entre niveles asistenciales y sistemas integrados de salud, con servicios sociales y ámbito comunitario, centrando la atención en la persona y con especial atención a las transiciones entre niveles. Así, se recomienda contar con equipos o centros de coordinación y gestión de casos, especialmente para las personas más vulnerables; y contar con herramientas digitales que faciliten la tarea como una historia clínica digital compartida y única.

Por otro lado, según los resultados obtenidos en la VGI se considerará la derivación a otros profesionales, preferentemente a especialistas en geriatría, en aquellos casos en los que la valoración no justifica la fragilidad o en situaciones que así lo requieran (por ejemplo, pérdida funcional sin causa clínica, síndrome confusional agudo, deterioro cognitivo reciente, alto riesgo de caídas, polimedicación o multimorbilidad de difícil manejo, etc.).

1. Programas de ejercicio físico multicomponente.

Estos programas previenen y pueden revertir la fragilidad. Se deben basar en la en la valoración de la gravedad de la fragilidad. Se realizan a través de ejercicios de baja-moderada intensidad en sesiones de 30-45 min, 3 veces a la semana, que incluyen resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular, con una duración mínima de 8 semanas.

Además, se recomienda que se realice en el medio comunitario, con los recursos que la zona disponga (centros de mayores, polideportivos u otros centros deportivos, etc.) y en compañía de otras personas para fomentar la adherencia. También se señala la posibilidad de realizarlo a domicilio, en entorno hospitalario o residencial, con la asistencia de profesionales a domicilio o en remoto utilizando las TIC.

2. Recomendaciones nutricionales.

Se insta a los profesionales a recomendar una alimentación adecuada basada en la dieta mediterránea, como parte del Consejo Integral en Estilo de Vida¹⁵⁴. Además, se recomienda hacer una valoración nutricional basada en el Mini Nutritional Assessment Versión Corta (MNA-SF)¹⁵⁵ que puede ir seguido del MNA versión completa¹⁵⁶ o la valoración Global Subjetiva para dar consejos nutricionales basados en el estado de la persona.

De manera adicional, se recomienda la combinación de suplementemos hiperproteicos combinados con programas de ejercicio físico multicomponente. También, se debe valorar la suplementación con vitamina D en personas frágiles, en riesgo de malnutrición o con riesgo de caídas y con niveles séricos <30ng/ml (75nmol/L) con dosis de 20 a 25 µg/día (800-1.000 UI/día).

3. Revisión y adecuación de la medicación.

Se recomienda revisar la pauta farmacológica en personas con 5 o más medicamentos, las prescripciones potencialmente inapropiadas/inadecuadas o no

indicadas para lo que se pueden utilizar herramientas como los criterios STOPP-START¹⁵⁷, incluso para desprescribir medicamentos.

También es importante analizar la adherencia terapéutica para evitar problemas derivados de un mal uso de los medicamentos.

4. Otras intervenciones con alto nivel de evidencia.

Se comentan, pero no se detallan en el documento, intervenciones basadas en el manejo de la multimorbilidad y otros síndromes geriátricos detectados en la VGI con actuaciones ajustadas al estado de fragilidad, actuaciones para prevenir y tratar el deterioro cognitivo y valorar soluciones basadas en las TIC para poner la autonomía e independencia en el domicilio.

5. Intervenciones sobre otros factores de riesgo asociados a la fragilidad, pero sin evidencia científica robusta.

Finalmente, se explicitan en este documento una serie de intervenciones sin evidencia basada en ensayos clínicos o meta-análisis como son el manejo del dolor, pérdida progresiva y moderada de pesos a persona con IMC<35kg/m^{ss}, adecuación de textura de los alimentos en personas con disfagia, hidratación adecuada, adaptación del entorno, detección y manejo de la anemia, detección y manejo de la depresión o problemas de sueño, valoración e intervención sobre problemas emocionales, valoración e intervención sobre situaciones sociales desfavorables, intervención para la prevención de caídas e intervención en deterioro auditivo y visual.

Por último, se recomienda un seguimiento y reevaluación de todas las personas que entren en el programa. Para las personas con alta probabilidad de fragilidad se programan visitas de seguimiento a los 6 meses, salvo si se ha prescrito la herramienta VIVIFRAIL que sería a las 12 semanas. En personas no frágiles se realizará seguimiento anual o tras evento importante de salud.

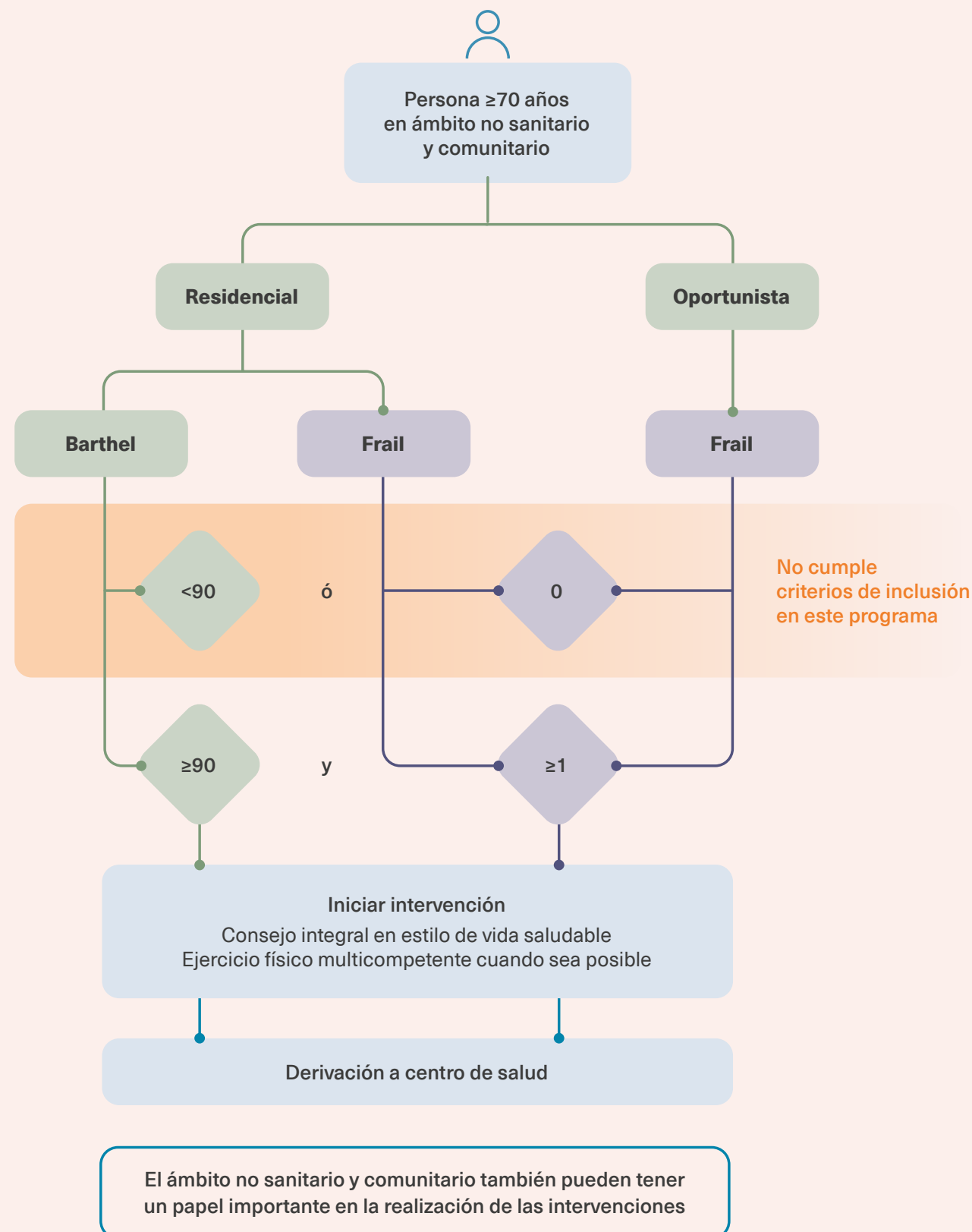
En relación al abordaje de la fragilidad en el ámbito hospitalario, en el que se incluye urgencias, consultas externas, hospitalización, centros de rehabilitación, etc., se propone realizar una valoración de la fragilidad y una propuesta de intervención al ingreso y tras el alta hospitalaria, con derivaciones a unidades especializadas cuando sea necesario. La intervención debe basarse en la VGI e incluir aspectos como la movilización, realización de las actividades básicas de la vida diaria, nutrición, apoyo emocional, facilitar la orientación temporo-espacial y el ejercicio multicomponente.

Otra de las novedades interesantes de esta actualización es la propuesta de detección precoz de fragilidad en ámbito no sanitario y comunitario en la que se insta a reconocer el papel que pueden tener diversos dispositivos comunitarios en la captación y cribado de la fragilidad. Para ello se recomienda utilizar herramientas sencillas y establecer circuitos claros de derivación y notificación de casos al sistema sanitario, especialmente a atención primaria, para confirmar el diagnóstico y establecer el plan de intervención personalizado.

Más en detalle se recomienda hacer detección activa en los centros a los acuden de manera habitual las personas de 70 o más años (centro de mayores, centros residenciales, etc.) utilizando el índice de Barthel, Escala FRAIL y valoración del riesgo de caídas. En otros recursos, como farmacias, centros comunitarios, centros de discapacidad, centros de día, etc. se realizaría una detección oportunista con la Escala Frail (Figura 4).



Figura 4
Algoritmo de abordaje de la fragilidad en el ámbito no sanitario y comunitario⁴⁸.



Además, en el documento se reconoce la necesidad de establecer alianzas de colaboración con los agentes presentes en la comunidad para facilitar el abordaje de la fragilidad. De esta forma, se reconoce la importancia de las entidades locales en el desarrollo de múltiples intervenciones de promoción de estilos de vida saludable y prevención de la fragilidad; de las redes comunitarias para la coordinación con el sistema sanitario y optimización de los recursos; de los centros sociosanitarios y/o residencias de mayores por la importancia de coordinarse con los profesionales sanitarios que allí trabajan; de los centros de día por el papel que tienen en el mantenimiento de la funcionalidad de las personas; de las farmacias comunitarias en el seguimiento y adecuación de la medicación o la relación de confianza con la persona; etc.

4.3.2.5. Estrategias en Atención Primaria en España.

En los últimos años se ha producido un cambio de enfoque en la atención a las personas mayores poniendo el foco en la atención a la cronicidad⁶⁶. Este enfoque ha posibilitado el desarrollo de planes y programas específicos en todas las CCAA para las principales patologías crónicas y su prevención implicando tanto a las propias personas como a sus cuidadores. Además, con el objetivo de potenciar la funcionalidad, el envejecimiento saludable y la prevención de la discapacidad se han puesto en marcha estrategias de promoción del ejercicio físico, atención a los principales síndromes geriátricos con especial hincapié en la detección y manejo de la fragilidad⁶⁶.

Entre todas las estrategias desarrolladas existen una serie de aspectos estratégicos comunes⁶⁶:

1. Se considera a la atención primaria como el medio prioritario para detectar, diagnosticar e intervenir en la fragilidad.
2. Se recomienda un diagnóstico y captación activa con las herramientas adecuadas a la atención primaria.
3. La valoración geriátrica integral es el mejor método para confirmar la fragilidad

y establecer intervenciones adecuadas e individualizadas.

4. El ejercicio físico multicomponente es la principal intervención con evidencia demostrada para su prevención y tratamiento.

Por otro lado, es importante resaltar que existen una serie de proyectos y programas comunitarios de alto interés implementados por los profesionales de atención primaria con el objetivo de promover un envejecimiento saludable y prevenir la dependencia funcional y/o discapacidad⁶⁶. De hecho, en la actualización del Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor⁴⁸ se insta a los profesionales de atención primaria a indicar recomendaciones sobre estilos de vida saludables basados en el Consejo integral en estilo de vida¹⁵⁴ informando de los recursos comunitarios o los recursos elaborados por las diferentes comunidades autónomas¹¹⁵.

Además, merece especial atención el abordaje de la fragilidad en el ámbito rural donde el envejecimiento demográfico es mucho más elevado que en zonas urbanas. Unido a esta necesidad, factores como la proximidad y familiaridad influyen positivamente en el nivel de compromiso y coordinación de los recursos existentes en dicho territorio, si bien es cierto que existen problemas asociados a la dispersión geográfica y menor disponibilidad de recursos⁶⁶.

Finalmente, se reconoce que el desarrollo de iniciativas comunitarias que faciliten la coordinación puede ser costoso, pero es la opción factible y deseable para la promoción de un envejecimiento saludable⁶⁶.

4.3.2.6. Vivifrail.

Comentado ampliamente en otros epígrafes anteriores, merece la pena volver a incluirlo aquí por su efectividad demostrada a corto plazo (4 semanas) y previene la pérdida de la funcionalidad y pérdida de la fuerza muscular en personas institucionalizadas¹⁵⁸. Además, se ha demostrado que un programa de 3 meses con este programa mejora significativamente el bienestar emocional, estado cognitivo y la función muscular¹¹.

4.3.2.7. +AGIL Barcelona.

Programa desarrollado en Barcelona que parte de la definición de fragilidad como un estado dinámico de mayor vulnerabilidad a factores de estrés internos o externos, determinando un mayor riesgo de eventos de salud, como una rápida progresión hacia la discapacidad, fracturas, institucionalización y muerte¹⁵⁹.

Este programa se inició en 2016 en un centro de atención primaria, sus objetivos son revertir la fragilidad y retrasar la discapacidad en personas mayores. Las mayores de 80 años consideradas frágiles son derivadas al equipo geriátrico que acude al centro de salud semanalmente. El equipo geriátrico realiza la valoración integral y elabora un plan de atención individualizado con toma de decisiones compartida con el paciente y su familia. Las intervenciones son multifactoriales, e incluyen actividad física, recomendaciones nutricionales, educación sanitaria (hábitos de vida) y revisión de la medicación. El seguimiento está garantizado por el equipo sanitario de atención primaria¹⁵⁹.

Una evaluación del impacto de este programa durante tres meses mostró una mejora estadística y clínica significativa en la función física de los participantes inscritos¹⁶⁰.

4.3.2.8. Examen de Salud para mayores de 65 años (EdS65+) de Andalucía.

El examen de salud para mayores de 65 años (EdS65+) es un programa de promoción de la salud, prevención y actuaciones en situaciones de fragilidad y prevención, retraso y abordaje de la dependencia en atención primaria de Andalucía¹⁶¹. Tiene por objetivo describir las características y la capacidad funcional de la población participante, así como las intervenciones realizadas.

Se considera un programa único en Europa en cuanto a su implementación a largo plazo y a su aplicación a gran escala en los servicios de atención primaria¹⁶¹.

Este programa se implantó en 2006 y los objetivos generales eran mejorar la calidad

de vida y prevenir o retrasar la dependencia en mayores de 65 años mediante el refuerzo de los servicios sanitarios especialmente dirigidos a esta población. Además, se estableció que los equipos multidisciplinares de los centros de atención primaria fueran los profesionales y escenarios clave para el desarrollo del programa¹⁶². Este programa ofrece oportunidades para la salud mediante la promoción proactiva de la salud y prevención de la enfermedad en atención primaria¹⁶¹.

Se actualizó en 2017 para introducir el enfoque de detección precoz de la fragilidad y la determinación de las intervenciones de promoción y prevención según la capacidad funcional de la persona, reconociendo la reversibilidad de la fragilidad y la necesidad de retrasar la dependencia¹⁶³.

En este programa se evalúa la capacidad funcional de los mayores de 65 años mediante la valoración de la independencia para las actividades básicas de la vida diaria, con el Índice de Barthel¹⁶⁴; las actividades instrumentales de la vida diaria, con la escala de Lawton y Brody¹⁶⁵; la prueba de velocidad de la marcha de 4 metros y el riesgo de caídas.

Con esta valoración se clasifica a las personas como autónomas, frágiles o dependientes¹⁶²:

Según la capacidad funcional, se plantean hasta trece líneas de intervención adaptadas de forma individual¹⁶¹. En materia de promoción de la salud, se incluyen intervenciones basadas en una dieta saludable, ejercicio físico regular y adaptado, seguridad ambiental, evitar sustancias tóxicas y gestión emocional. En las actuaciones de prevención de enfermedades se incluyen la vacunación, el uso adecuado de medicamentos, pruebas de detección de enfermedades específicas (cardiovasculares, diabetes, cáncer, depresión y demencia). Además, existen una serie de intervenciones que se adaptan a cada caso como son el tratamiento del dolor, la fisioterapia, la evaluación de riesgos en el hogar, detección precoz de incontinencia urinaria, detección de maltrato, valoraciones de salud bucodental y cuidado de los pies.



Clasificación según la capacidad funcional de las personas mayores de 65 años

- **Autónoma:** Personas mayores sanas y autónomas o con enfermedades crónicas sin alteraciones en las capacidades funcionales. Una persona de este grupo debe obtener una puntuación de 100 en el índice de Barthel.
- **Prefrágil:** Personas con un índice de Barthel ≥ 90 y < 100 , resultado “normal” en la escala de Lawton & Brody (8 para las mujeres y ≥ 5 para los hombres) y un riesgo de caídas bajo o alto.
- **Frágil:** Personas mayores que viven de forma independiente, pero tienen una pérdida incipiente de funciones y una alta probabilidad de deterioro. Una persona de este grupo tendrá un índice de Barthel ≥ 90 y < 100 , resultado “positivo” en la escala de Lawton & Brody (< 8 para las mujeres y < 5 para los hombres) y un riesgo de caídas bajo o alto.
- **Baja dependencia:** Personas con un índice de Barthel de < 90 , resultado “normal” en la escala de Lawton & Brody (8 para las mujeres y ≥ 5 para los hombres) y un riesgo de caídas bajo o alto.
- **Dependiente:** Personas mayores con algún grado de dependencia para realizar actividades básicas y/o instrumentales. Puede consistir en situaciones transitorias que se resuelven total o parcialmente, y pueden deberse a situaciones físicas, psicológicas y/o sociales. Incluye situaciones de fin de vida. Una persona de este grupo tendrá un índice de Barthel de < 90 , resultado “positivo” en la escala de Lawton y Brody (< 8 para las mujeres y < 5 para los hombres) y un riesgo de caídas bajo o alto.

5. REFLEXIÓN ESTRATÉGICA



La reflexión estratégica se ha basado en la misión, visión y valores de nuestra organización y el resultado del análisis interno y externo ha permitido establecer las líneas estratégicas del Plan.

5.1. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES



MISIÓN

Somos una organización pública que tiene como misión garantizar la prestación de servicios sanitarios integrales mediante un abordaje personalizado y holístico, que abarca la prevención, el diagnóstico, la curación y la rehabilitación a través del acompañamiento y el cuidado, con el propósito de cubrir las necesidades de las personas en todas las etapas vitales, especialmente en los mayores de 65, optimizando los recursos disponibles, promoviendo la investigación y la formación. Desarrollando una coordinación sociosanitaria entre todos los agentes implicados.



VISIÓN

Queremos ser una organización excelente de servicios sanitarios, referentes por nuestra calidad asistencial, mejora continua e innovación, para alcanzar el máximo grado de satisfacción de nuestros profesionales y de nuestra población mediante una atención sociosanitaria coordinada que dé respuesta a sus necesidades.



VALORES

Calidad:

Prestar una atención excelente, basada en la mejor evidencia científica que garantice el mínimo riesgo y procure la máxima satisfacción de los usuarios.

Responsabilidad:

En la labor profesional desarrollando al máximo las capacidades y las actitudes, tanto en aspectos científicos-técnicos como en las relaciones interpersonales.

Compromiso profesional:

Identificándose como parte de la organización, participando activamente dentro de equipos multidisciplinares, asumiendo las estrategias e implicándose en la consecución de sus objetivos.

Respeto:

Hacia la persona, reconociendo su dignidad, individualidad, diversidad y su privacidad. Situando a las personas en el centro de nuestra atención.

Integridad:

Con un comportamiento íntegro y ético en todas nuestras actuaciones profesionales.

Equidad:

En la oferta y acceso a los servicios y recursos con especial vigilancia en la identificación, denuncia y corrección de cualquier situación de discriminación y/o vulneración de derechos por motivos de edad, razón social, económica, género, cultura o etnia.

Eficiencia:

Capacidad para conseguir los mejores resultados al mínimo coste.



5.2. ANÁLISIS DAFO Y CAME

Con la información obtenida en este proceso de análisis interno y externo explicitado en el apartado 3 de este documento, se ha realizado un análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas

y oportunidades (DAFO) en la promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable y abordaje de la fragilidad desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, así como la propuesta las estrategias CAME asociada a dicho análisis. Los resultados se presentan en las figuras 5 y 6.

Figura 5

Análisis DAFO de la promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable y abordaje de la fragilidad.



Notas:

- 1. Se refiere a la percepción de existencia de mensajes y acciones disgregadas, genéricas y no coordinadas que se diluyen en todo el conjunto de actividades promovidas desde la administración pública.
- 2. Motivos presupuestarios, competenciales, falta de profesionales adecuadamente formados, etc.
- 3. Existencia de barreras físicas (por ejemplo, inexistencia de recursos físicos, lejanía y falta de transporte adecuado a los recursos) o socioeconómicas (por ejemplo, dificultad para sufragar el coste de algunas actividades).
- 4. Por ejemplo, centros de atención primaria, centros de mayores, centros culturales, centros de atención diurna, centros residenciales para personas mayores abiertos a la comunidad, etc.

Figura 6

Propuesta de las estrategias CAME para la promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable y abordaje de la fragilidad.



Notas:

- 5. Este plan debe servir para dotar de coherencia a las distintas actividades y actuaciones planteadas.
- 6. Se deben desarrollar una serie de indicadores de valoración para medir el impacto de las actuaciones y la identificación y difusión de buenas prácticas.
- 7. De esta forma, se debe potenciar el establecimiento de consensos en los procedimientos, herramientas e intervenciones a desarrollar y la posterior corresponsabilización con estos acuerdos por parte de todas las entidades y agentes participantes.



Finalmente, se presentan a continuación los aprendizajes extraídos para el planteamiento de una correcta estrategia de abordaje de la fragilidad y longevidad saludable en la Comunidad Autónoma de Madrid:

1. Aumentar la sensibilización de la población

Se deben planificar y desarrollar campañas amplias de sensibilización poblacional sobre hábitos saludables y prevención de la enfermedad y de la fragilidad (por ejemplo, enfocadas al fomento de hábitos nutricionales saludables, de ejercicio físico y prevención de hábitos tóxicos). Estas campañas deberían basarse en el modelo biopsicosocial de la salud e integrar aspectos y variables de las diferentes dimensiones.

Además, se debería dotar de coherencia a las acciones para que el ciudadano las entienda como elementos de un mismo objetivo común, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad o fragilidad y de sus efectos negativos en su calidad de vida, y no como acciones independientes sin conexión entre ellas.

De esta forma, al diseñar estratégicamente el contenido de las campañas se trasladará el mensaje de integralidad y multidimensionalidad de la salud de la persona en la que los diferentes elementos están fuertemente interrelacionados entre ellos.

Por otro lado, las campañas deberían promocionar la salud a lo largo de todo el ciclo vital con el contenido adaptado a las particularidades y necesidades específicas de cada grupo etario.

Finalmente, se valora como muy recomendable establecer y potenciar las iniciativas similares a las Escuelas para la Salud como una herramienta para poder transmitir mensajes y conocimientos específicos en promoción de la salud a la población.

2. Promover la formación para los profesionales

Se identifica la necesidad de desarrollar una estrategia formativa estructurada para todos los profesionales de las diferentes disciplinas y niveles asistenciales implicados en el abordaje de la fragilidad y de la longevidad saludable de las personas. Para ello, y como paso previo, sería recomendable analizar las necesidades formativas particulares de los profesionales de las diferentes disciplinas y diseñar acciones formativas coordinadas.

A continuación, se recomienda valorar la oferta formativa existente para identificar aquellas de mayor calidad, evitar solapamientos y generar los contenidos específicos que sean precisos en función de las necesidades formativas de los profesionales y las asistenciales de la población a la que atenderán.

Finalmente, se insta a utilizar y explotar los diferentes canales y espacios formativos de los que disponen los diferentes actores (formación virtual, congresos científicos, jornadas, cursos o talleres profesionales). El objetivo es ofrecer un amplio abanico de actividades formativas de reconocida calidad y, de esta manera, flexibilizarlas para facilitar la implicación de los profesionales a los que van dirigidos.

<<

3. Disponer de un mapa de recursos

Se recomienda la elaboración de una guía o mapa de todos los recursos y agentes presentes en el territorio con algún tipo de implicación en el abordaje de la fragilidad y del envejecimiento y/o longevidad saludable. En este mapa se incluirán entidades, públicas y privadas; profesionales de diferentes disciplinas; recursos sanitarios, sociales y comunitarios; entidades del tercer sector; etc.

El objetivo es contar con un catálogo de recursos en el que se identifique la especialización y experiencia de cada uno de ellos. Esta información se utilizará para diseñar responsabilidades diferenciadas y establecer alianzas de colaboración para optimizar los resultados a obtener en la implementación de las diferentes acciones que se planteen.

4. Mejorar la coordinación sociosanitaria

Se insta a desarrollar mecanismos de coordinación sociosanitaria y órganos de participación como, por ejemplo, mesas de trabajo y coordinación en las que estén representados todos los actores y agentes implicados. Estas deberían ser estables y continuados en el tiempo y no únicamente experiencias puntuales.

El objetivo es potenciar la participación y colaboración multidisciplinar de todos los agentes para:

- Establecer responsabilidades y liderazgos diferentes en función de los conocimientos, experiencia y competencias de los distintos actores.
- Alcanzar consensos en la definición de los conceptos, estrategia de abordaje multidisciplinar, procedimientos de trabajo, mecanismos de comunicación y derivación entre servicios y profesionales y en los indicadores de evaluación.
- Poner en marcha unidades específicas de abordaje de la fragilidad y longevidad saludable en la que se trabaje de manera multidisciplinar, desde la óptica de la prevención, con un concepto de la salud basado en el modelo biopsicosocial y desde la metodología de la gestión de casos.
- Desarrollar guías y protocolos específicos de trabajo para los diferentes servicios y profesionales.
- Generar documentación de divulgación y sensibilización poblacional adaptada a sus necesidades y situación específica. Esta documentación servirá a los profesionales con contacto directo con las personas en sus interacciones con ellas para trasladar conceptos, acciones y recomendaciones adaptadas a la persona de manera sencilla.
- Optimizar el alcance de las acciones. Para ellos se utilizarán los canales de comunicación, la capilaridad en el territorio de las entidades y la relación de confianza establecida entre la población y los diferentes servicios y profesionales. Se pretende impactar directamente en el mayor número posible de personas y facilitar la sensibilización, detección, adherencia a las intervenciones y evaluación de su eficacia de una forma ágil.

>>



<<

5. Potenciar la evaluación y difusión de buenas prácticas

Se considera necesario potenciar y facilitar la investigación científica en fragilidad y longevidad saludable para generar evidencia validada sobre su prevención, detección, intervenciones y promoción de la salud.

Por otro lado, se valora como recomendable la posibilidad de establecer algún tipo de mecanismo que permita la identificación y posterior difusión de buenas prácticas en el abordaje de la fragilidad y el fomento de la longevidad saludable. Para ello, se plantea la posibilidad de desarrollar un registro que permitan conocer las actuaciones concretas y facilitar su réplica, poniéndolo a disposición de los servicios y profesionales.

Asimismo, es importante fomentar la cultura de mejora continua entre todos agentes, mediante la evaluación del impacto en la población de las distintas actividades para la prevención, detección de la fragilidad así la promoción de la salud en la longevidad.

5.3. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y OBJETIVO DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FRAGILIDAD Y PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2022-2025

Este Plan está dirigido a la población mayor o igual a 65 años de la Comunidad de Madrid para abordar integralmente la atención al mayor, desde una perspectiva biopsicosocial, fomentando el rol de envejecimiento activo y participativo y

respetando la autonomía de las personas durante su proceso de envejecimiento.

El objetivo de este Plan es obtener la máxima calidad de vida, autonomía funcional e independencia durante el proceso de envejecimiento y favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su entorno mediante la promoción de hábitos saludables, el fomento de la autonomía personal, la prevención de la fragilidad y su abordaje, a través de una coordinación sociosanitaria multidisciplinar entre todos los agentes implicados para garantizar una atención integral.



5.4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS

Línea 1	Coordinación Sociosanitaria
	- L1-objetivo 1: Impulsar un modelo integral de atención y cuidados para las personas mayores (70 y más años). - L1-objetivo 2: Fomentar la continuidad asistencial y transición entre niveles asistenciales para la promoción de la longevidad saludable y abordaje correcto de la fragilidad.
Línea 2	Sensibilización sobre longevidad saludable
	- L2-objetivo 1: Sensibilizar a la ciudadanía sobre el valor de tener un envejecimiento y/o longevidad saludable y conocer las claves para prevenir la fragilidad. - L2-objetivo 2: Sensibilizar a los profesionales sociosanitarios en el abordaje de la fragilidad. - L2-objetivo 3: Potenciar espacios específicos de comunicación de la longevidad saludable y prevención de la fragilidad en los distintos niveles asistenciales.
Línea 3	Promoción y prevención
	- L3-objetivo 1: Promocionar hábitos saludables en personas de 65 y más años no frágiles. - L3-objetivo 2: Promocionar la actividad física y prevenir de la inmovilidad en personas de 65 y más años no frágiles. - L3-objetivo 3: Prevenir el riesgo de caídas en personas de 65 y más años no frágiles. - L3-objetivo 4: Promocionar la alimentación saludable y prevenir la malnutrición en personas de 65 y más años no frágiles. - L3-objetivo 5: Promocionar el uso racional de medicamentos en personas de 65 y más años no frágiles. - L3-objetivo 6: Prevenir la incontinencia urinaria en personas de 65 y más años no frágiles. - L3-objetivo 7: Prevenir el deterioro cognitivo en personas de 65 y más años no frágiles. - L3-objetivo 8: Prevenir y realizar el seguimiento de enfermedades crónicas relacionadas con la fragilidad en personas de 65 y más años no frágiles.



Línea 4	Detección y diagnóstico de la fragilidad
	- L4-objetivo 1: Desarrollar herramientas de estratificación de la fragilidad en la Comunidad de Madrid. - L4-objetivo 2: Implantar un programa de detección y diagnósticos de la fragilidad homogéneo para todos los niveles asistenciales basado en la evidencia científica en personas mayores o iguales a 70 años. - L4-objetivo 3: Aumentar la detección de la fragilidad en la población de personas de 70 y más años.
Línea 5	Atención integral
	- L5-objetivo 1: Impulsar la atención integral a las personas identificadas como frágiles y/o con riesgo de caídas. - L5-objetivo 2: Reforzar la actividad física para prevenir la inmovilidad. - L5-objetivo 3: Potenciar el abordaje del riesgo de caídas en personas frágiles y/o con historial previo de caídas. - L5-objetivo 4: Fomentar la alimentación saludable y el abordaje de la malnutrición en personas frágiles y/o con riesgo de caídas. - L5-objetivo 5: Potenciar la adecuada prescripción farmacológica y el uso racional de medicamentos en personas frágiles y/o con riesgo de caídas. - L5-objetivo 6: Fomentar el abordaje de la incontinencia urinaria en ambos sexos en personas frágiles y/o con riesgo de caídas. - L5-objetivo 7: Potenciar el abordaje del deterioro cognitivo en personas frágiles y/o con riesgo de caídas. - L5-objetivo 8: Potenciar el abordaje de las enfermedades crónicas relacionadas con la fragilidad en personas frágiles y/o con riesgo de caídas. - L5-objetivo 9: Potenciar el abordaje de los problemas emocionales en personas frágiles y/o con riesgo de caídas. - L5-objetivo 10: Fomentar el abordaje de las alteraciones sensoriales en personas frágiles y/o con riesgo de caídas. - L5-objetivo 11: Realizar el seguimiento de la situación social en personas frágiles y/o con riesgo de caídas.
Línea 6	Formación de profesionales y promoción de la investigación
	- L6-objetivo 1: Facilitar la formación de profesionales en fragilidad y longevidad saludable. - L6-objetivo 2: Promocionar la investigación y la innovación en longevidad saludable y abordaje de la fragilidad.

6.

LÍNEAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

**Este plan se estructura en
6 líneas estratégicas desarrolladas
en 29 objetivos específicos
con 111 acciones para su
implementación y consecución.**

A continuación, se presentan las líneas estratégicas que, a modo de ejes, vertebrarán el Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid. Además, para cada línea se presentan los objetivos concretos y las actuaciones planteadas para su consecución.

6.1.

LÍNEA 1. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Tal y como señalan algunos autores¹⁰ las diferentes actuaciones para el abordaje de la fragilidad y longevidad saludable deben incluirse los cuidados integrales³⁰, mediante la atención global de las necesidades de cada persona en riesgo de desarrollar fragilidad o de presentarla y, por supuesto, una vez que tienen discapacidad. Este modelo, como no podría ser de otra manera, necesita de una coordinación continua de cuidados, que requerirá de la participación de diferentes áreas y ámbitos asistenciales¹⁰, garantizando una atención óptima superando las deficiencias asociadas a la fragmentación de servicios y cuidados, que son provistos por diferentes agentes¹⁶⁶.

Línea 1 Coordinación Sociosanitaria

OBJETIVO 1

IMPULSAR UN MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN Y CUIDADOS PARA LAS PERSONAS MAYORES (70 Y MÁS AÑOS).

Acciones

1. Promover la colaboración y uso de mapas de recursos existentes sobre abordaje de fragilidad y longevidad saludable.
2. Establecimiento de alianzas con entidades y organizaciones involucradas en el abordaje de la fragilidad y la promoción de la longevidad saludable.
3. Generación de alianzas de colaboración con otras Consejerías y Administraciones involucradas en el abordaje de la fragilidad y promoción de la longevidad saludable.
4. Creación de herramienta de coordinación centralizada con la representación de todos los agentes implicados en el abordaje de la fragilidad y promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable.
5. Desarrollar actividades de coordinación con la Dirección General de Salud Pública en el abordaje de la fragilidad y promoción de la longevidad saludable.
6. Realizar actividades de coordinación con la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid, en el abordaje de la fragilidad y promoción de la longevidad saludable.



OBJETIVO 2

FOMENTAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y TRANSICIÓN ENTRE NIVELES PARA LA PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE Y EL ABORDAJE CORRECTO DE LA FRAGILIDAD.

Acciones

1. Desarrollo e implantación de mapas de procesos y rutas asistenciales específicas que integren y coordinen la valoración, detección, prevención, diagnóstico, registro y manejo de la fragilidad.
 - 1.1. Desarrollo de circuitos de comunicación eficaces entre los profesionales de los diferentes servicios y niveles asistenciales, con especial hincapié en las transiciones entre niveles asistenciales.
 - 1.2. Desarrollo de circuitos de comunicación eficaces entre los profesionales de los diferentes servicios y niveles asistenciales con los centros sociosanitarios y hospitales de media estancia.
 - 1.3. Desarrollo de circuitos claros y consensuados de derivación de casos sospechosos (identificados en recursos sociocomunitarios) hacia atención primaria para cribado y diagnóstico y entre primaria y especializada (por ejemplo, servicios de salud mental, servicios de geriatría, traumatología, etc.).
 - 1.4. Desarrollo de protocolos específicos de trabajo y seguimiento para los diferentes servicios y niveles asistenciales que incluyan la detección, diagnóstico, prevención, intervención y seguimiento de la fragilidad.
 - 1.5. Implementación de la planificación al alta en hospitalización y servicios de urgencias para el seguimiento de las personas en situación de fragilidad o riesgo de la misma.
2. Desarrollo de plataformas de información compartida en materia de fragilidad.
3. Potenciación y desarrollo de soluciones tecnológicas y digitales, adaptadas a las personas mayores y sus habilidades.
4. Identificación y difusión de buenas prácticas en materia de fragilidad y longevidad saludable.

6.2.

LÍNEA 2. SENSIBILIZACIÓN SOBRE LONGEVIDAD SALUDABLE

Existe un amplio consenso en la necesidad de visibilizar la importancia de adoptar hábitos de vida saludable a lo largo de toda la vida para tratar de envejecer de una forma lo más saludable posible y prevenir la pérdida de la capacidad funcional. Además, las campañas de concienciación han de diseñarse con una visión positiva del envejecimiento y trasladar el mensaje de que es posible revertir la fragilidad. También se debe fomentar la información para la autodetección de los principales síntomas asociados: cansancio, pérdida de peso involuntaria, marcha lenta, problemas de memoria o de movimiento⁶⁶.

Por otro lado, es preciso sensibilizar a los profesionales de todas las disciplinas relacionadas con las personas mayores para que no minimicen los síntomas de fragilidad asociándolos con un envejecimiento normal, sino que contemplen la importancia tanto de su detección como de la identificación precoz de la pérdida de funcionalidad y las situaciones de mayor riesgo⁶⁶.

Línea 2 Sensibilización sobre longevidad saludable

OBJETIVO 1

SENSIBILIZAR A LA CIUDADANÍA SOBRE EL VALOR DE TENER UN ENVEJECIMIENTO Y/O LONGEVIDAD SALUDABLE Y CONOCER LAS CLAVES PARA PREVENIR LA FRAGILIDAD.

Acciones

1. Fomento de la información sobre la cultura del autocuidado en envejecimiento y/o longevidad saludable.
2. Creación de campañas anuales para la población general y las personas mayores sobre prevención de la fragilidad.
3. Realización de actividades informativas y socioeducativas sobre hábitos saludables de promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable y prevención de la fragilidad en servicios sanitarios, sociales y comunitarios del territorio.
4. Gestión y difusión de la documentación sobre promoción de la salud en las personas mayores.



OBJETIVO 2

SENSIBILIZAR A LOS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS EN EL ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD.

Acciones

1. Potenciación de la participación de profesionales de todos los niveles asistenciales en el Día Internacional del Mayor.
2. Fomento de la participación en espacios de encuentro y colaboración entre profesionales de la organización (por ejemplo, el “Programa Los Jueves” de Atención Primaria).
3. Desarrollo e implantación de programas de servicios amables con las personas mayores especialmente en personas frágiles en todos los niveles asistenciales.

OBJETIVO 3

POTENCIAR ESPACIOS ESPECÍFICOS DE COMUNICACIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE Y PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES.

Acciones

1. Fomento de la participación en medios de comunicación tradicionales y actuales (radio, prensa, televisión, redes sociales) con contenido transversal sobre promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable y prevención de la fragilidad.
2. Inclusión de mensajes transversales sobre promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable y prevención de la fragilidad.
3. Instalación de mensajes transversales sobre promoción del envejecimiento y/o longevidad saludable y prevención de la fragilidad en la aplicación móvil y espacio web de la Tarjeta Sanitaria Virtual y Mi Carpeta de Salud.





Línea 2
RECOMENDACIONES

Fomentar la cultura digital en salud en población mayor mejorando el manejo de recursos en línea como "Mi carpeta salud" y accediendo a plataformas de educación para la salud como la Escuela Madrileña de Salud.

Promover el acceso a consejos sobre hábitos saludables mediante la inclusión de recomendaciones para la prevención de la fragilidad y el fomento del envejecimiento saludable, considerando que es importante que los ciudadanos puedan acceder a dicha información **a través de los portales del paciente de las páginas web de los hospitales y la página web de atención primaria para ciudadanos.**

Dichos consejos han de versar sobre temas como el mantener unos hábitos nutricionales mediante el consumo suficiente de proteínas, el uso responsable de medicamentos, la prevención del riesgo de caídas, los cuidados para la incontinencia, la importancia del ejercicio físico multicomponente, la relevancia de la salud mental y el fomento de la de las relaciones sociales y afectivas saludables.

6.3.

LÍNEA 3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Existe amplia evidencia científica que relaciona los hábitos saludables a lo largo de toda la vida, como la nutrición adecuada, realizar ejercicio físico, mantenerse activos mentalmente y tener relaciones personales y sociales satisfactorias con una mayor probabilidad de envejecer de manera saludable, prevenir enfermedades, para mantener la capacidad funcional y la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de fragilidad^{8,167}.

Por otro lado, desde la OMS se insta a desarrollar enfoques integrales e introducir intervenciones en atención primaria para prevenir el deterioro de la capacidad, centrados en la persona y apoyando a los cuidadores³⁰ a través de intervenciones centradas en la formación y el asesoramiento con el objetivo de mejorar y optimizar sus conocimientos sobre el cuidado y/o autocuidado¹⁶⁸.



Línea 3 Promoción y prevención

OBJETIVO 1

PROMOCIONAR DE HáBITOS SALUDABLES EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS NO FRÁGILES.

Acciones

1. Fomento de la corresponsabilidad, la autovigilancia, y el autocuidado en salud.
2. Refuerzo de las recomendaciones sobre hábitos saludables en las consultas de atención primaria.
3. Potenciación del Procedimiento Asistencial de Atención a Personas Mayores en situación de soledad no deseada.
4. Diseño y difusión de un documento informativo transversal sobre hábitos saludables en población mayor.
5. Implementación de Educación para la Salud (EPS) sobre cultura digital en la población mayor.
6. Promoción de EPS e Intervenciones comunitarias (IC) sobre autocuidado y promoción de hábitos para una longevidad saludable.

OBJETIVO 2

PROMOCIONAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENIR LA INMOVILIDAD EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS NO FRÁGILES.

Acciones

1. Implementación de actividades de EPS e IC sobre actividad física y prevención de la inmovilidad.
2. Promoción de IC basadas en el ejercicio físico multicomponente.
3. Fomento de la prescripción de ejercicio físico en función de la capacidad de la persona.
 - 3.1. Uso de una herramienta digital para la prescripción de la actividad física basada en ejercicios multicomponentes.
 - 3.2. Implementación y seguimiento de actividades de movilización precoz de pacientes de 65 y más años autónomos hospitalizados (por ejemplo, facilitar deambulación, ejercicio físico supervisado por un especialista, etc.).



- 3.3. Implementación y seguimiento de actividades de rehabilitación funcional en pacientes inmovilizados en hospitalización.
- 3.4. Implementación del uso de soluciones tecnológicas para la rehabilitación física y el seguimiento del estado físico tanto en atención primaria, consultas especializadas y al alta de pacientes hospitalizados (por ejemplo, teleconsulta o teleformación).

OBJETIVO 3

PREVENIR EL RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS NO FRÁGILES.

Acciones

- 1. Realización de actividades de EPS/IC en prevención de caídas.
- 2. Implantación y seguimiento del protocolo para prevención de caídas del adulto del SERMAS (1 de febrero de 2021) en hospitalización.

OBJETIVO 4

PROMOCIONAR LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y PREVENIR LA MALNUTRICIÓN EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS NO FRÁGILES.

Acciones

- 1. Valoración, prevención e intervención de la deshidratación en servicios de urgencia y hospitalización.
- 2. Realización de actividades de EPS/IC en alimentación saludable y prevención de la desnutrición.

OBJETIVO 5

PROMOCIONAR EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS NO FRÁGILES.

Acciones

- 1. Potenciación de la estrategia de farmacia en criterios STOPP/START, BEERS, MPI.
- 2. Potenciación de actividades de EPS o IC sobre el uso, manejo y almacenamiento responsable y seguro de medicamentos.
- 3. Fomento de las campañas de vacunación en personas de 65 y más años no frágiles.



OBJETIVO 6

PREVENIR LA INCONTINENCIA URINARIA EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS NO FRÁGILES.

Acciones

- 1. Realización de actividades informativas/formativas en continencia urinaria y medidas preventivas.
- 2. Valoración de continencia urinaria en servicios de urgencia y seguimiento en hospitalizados y al alta.

OBJETIVO 7

PREVENIR EL DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS NO FRÁGILES.

Acciones

- 1. Fomento de las consultas monográficas especializadas en deterioro cognitivo en atención hospitalaria.
- 2. Realización de abordaje consensuado y homogéneo del delirium en atención hospitalaria y en el área de observación de urgencias.
- 3. Implantación de medidas prevención del deterioro cognitivo en ingreso hospitalario.
- 4. Ampliación de la cobertura del Sº 419 de la CSE de AP de atención al paciente mayor con trastorno neurocognitivos.
- 5. Aumento de la prescripción de actividades de estimulación cognitiva.
- 6. Realización de actividades informativas/formativas de EPS o IC sobre estimulación cognitiva.

OBJETIVO 8

PREVENIR Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS RELACIONADAS CON LA FRAGILIDAD EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS NO FRÁGILES.

Acciones

- 1. Fomento del seguimiento específico de las enfermedades crónicas más relacionadas con la fragilidad.
- 2. Potenciación de la EPS en prevención y autocuidado de enfermedades crónicas.

6.4.

LÍNEA 4. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA FRAGILIDAD

Íntimamente relacionado con la promoción del envejecimiento saludable está la detección e identificación precoz de la fragilidad, ya que cuanto antes se realice mayores posibilidades hay de que se pueda prevenir la dependencia si se implementan las medidas adecuadas de intervención^{27,102}.

Es recomendable realizar un cribado oportunista de la fragilidad en cualquier contacto del paciente mayor de 70 años con el sistema sanitario, independientemente del ámbito asistencial. Conociendo que es más fácil realizarlo en pacientes que tengan revisiones periódicas²⁴.

Existe un amplio consenso en considerar a los profesionales de atención primaria y los que desarrollan su trabajo diario en el ámbito domiciliario, como los referentes en la detección y actuación con personas que van disminuyendo su capacidad funcional, ya que el conocimiento derivado de la proximidad con ellos les permitirá brindar una atención más adecuada para revertir o desacelerar estas pérdidas⁶⁶.

No obstante, la evaluación de la fragilidad está recomendada en otros niveles asistenciales como los servicios de urgencias⁸³, donde junto con la Valoración Geriátrica Integral (VGI) permitiría identificar causas subyacentes y la manera de actuar sobre ellas; y al igual que en la atención hospitalaria especializada³². Además, la VGI permitirá el planteamiento de intervenciones multidimensionales adaptadas a las capacidades y necesidades reales de los individuos¹⁶⁹.

Las causas de la pérdida de funcionalidad o de la capacidad intrínseca son múltiples y están interrelacionadas y, por lo tanto, precisan de una valoración integral que facilite la posterior intervención integrada, compleja, multidimensional, adaptada a la situación y necesidades físicas, psicológicas, cognitivas y sociales reales de la persona a la que van dirigida^{23,30,170}.

En la reciente actualización del Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor del Ministerio de Sanidad⁴⁸, que hemos tratado en el punto 4.3.2.5. del presente documento, se expone el algoritmo de detección y diagnóstico recomendado para iniciar el abordaje de la fragilidad.

Línea 4 Detección y diagnóstico de la fragilidad

OBJETIVO 1

DESARROLLAR HERRAMIENTAS DE ESTRATIFICACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Acciones

- 1. Desarrollo de un cuadro de mandos específicos de la fragilidad.



OBJETIVO 2

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA FRAGILIDAD HOMOGÉNEO PARA TODOS LOS NIVELES ASISTENCIALES BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN PERSONAS IGUALES O MAYORES A 70 AÑOS.

Acciones

- 1. Cribado oportunista en urgencias y en hospitalización.
- 2. Cribado oportunista en consultas externas oncológicas y prequirúrgicas de cardiología, urología, traumatología, cirugía general y oftalmología.
- 3. Cribado en intervenciones del SUMMA.
- 4. Elaboración de protocolo de Valoración Geriátrica Integral (VGI).
- 5. Implantación de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) multidisciplinar para confirmar el diagnóstico de fragilidad.

OBJETIVO 3

AUMENTAR LA DETECCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LA POBLACIÓN DE PERSONAS DE 70 Y MÁS AÑOS.

Acciones

- 1. Aumento de la cobertura del Sº 420 de la CSE de AP de Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional. Dirigido a la población ≥ de 70 años estratificada en base al nivel de deterioro funcional de atención primaria.
- 2. Aumento de la cobertura del Sº 419 de la CSE de AP de Atención al paciente mayor con trastorno neurocognitivo.
- 3. Potenciación de la detección de déficits auditivos y de visión.
- 4. Aumento de la captación y el seguimiento en personas que hayan tenido una caída.
- 5. Fomento de la detección de problemas emocionales en atención primaria, consultas especializadas y servicios de urgencia con registro en historia clínica.
- 6. Fomento de la detección del riesgo social en atención primaria, en atención hospitalaria y servicios de urgencia.
- 7. Generación de programas de EPS e IC dirigido a todos los agentes aliados en la detección de fragilidad.
- 8. Fomento de la participación con los agentes sociosanitarios, como aliados en la detección de la fragilidad y posterior derivación a atención primaria.



Línea 4
RECOMENDACIONES

Promover la detección precoz de la fragilidad realizando un cribado a las personas de 70 o más años en los distintos ámbitos asistenciales, en las consultas hospitalarias más relacionadas con procesos causantes de incapacidad funcional o cuando la presencia de fragilidad puede afectar a la tolerancia a un determinado tratamiento como son las patologías oncológicas, sobre todo cuando el paciente vaya a recibir tratamiento antineoplásico o se plantee una cirugía, y las intervenciones quirúrgicas de cardiología, por ejemplo como valoración previa a la implantación de la "válvula aórtica transcatóter", urología, traumatología, cirugía general y oftalmología y en atención primaria potenciando el servicio de cartera de Atención al Paciente Frágil (S° 420).

Implantar la Valoración Geriátrica Integral (VGI) multidisciplinar para confirmar el diagnóstico de fragilidad, a todas las personas identificadas en el cribado como frágiles y/o presencia o riesgo de caídas. Es especialmente relevante esta valoración en los casos antes citados (oncogeriatría y cardiogeriatría) ya que una intervención precoz, como puede ser la prehabilitación, puede modificar los resultados en salud.

6.5.

LÍNEA 5. ATENCIÓN INTEGRAL

Los objetivos del abordaje de la fragilidad deben ser el mantenimiento de la independencia funcional y la calidad de vida del individuo, a la vez que se evitan ingresos innecesarios en el hospital o la utilización de algún servicio de cuidados de larga duración^{28,171}.

Es preciso recordar que la fragilidad es reversible siempre y cuando se actúa sobre aspectos físicos, psicológicos y sociales⁶⁵, siendo la inactividad su principal factor de riesgo³.

Siempre que la fragilidad sea consecuencia directa de una patología previa, es prioritario desarrollar un abordaje correcto de dichas patologías (cardiovasculares, metabólicas, neurológicas u osteoarticulares) y síndromes geriátricos (delirium, incontinencia, deterioro cognitivo, inestabilidad y caídas, sarcopenia y malnutrición) estrechamente relacionados con la pérdida de funcionalidad para identificarlos y tratarlos precozmente por el profesional correspondiente y evitar, de esta forma, dichos efectos negativos sobre el estado funcional de la persona¹⁷² prestando especial importancia a la seguridad del tratamiento farmacológico¹⁷³.



De nuevo, en la actualización del Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor del Ministerio de Sanidad⁴⁸, tratada en el punto 4.3.2.5. del presente documento, se incluye el detalle de las intervenciones en fragilidad con mayor evidencia científica y otras con menor evidencia, pero resultados positivos. Entre las primeras destacan los programas de ejercicio físico multicomponente, las recomendaciones e intervención nutricional y la revisión y adecuación de la medicación. En las segundas se incluyen el manejo del dolor, la pérdida de peso, la adecuación de la textura de los alimentos, la detección y manejo de la anemia, la detección y manejo de la depresión, la intervención en problemas emocionales o la intervención sobre situaciones sociales desfavorables.

Línea 5 **Atención integral**

OBJETIVO 1

IMPULSAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS IDENTIFICADAS COMO FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

1. Potenciación de las actividades de seguimiento de la atención al paciente frágil en atención primaria (S° 420 de la CSE).
2. Fomento de la continuidad asistencial del paciente identificado como frágil y/o con riesgo de caídas.
3. Desarrollo de actividades EPS e IC sobre cuidados en pacientes frágiles.
4. Desarrollo de un procedimiento de preingreso del paciente frágil en ingresos quirúrgicos programados para prevenir la pérdida de funcionalidad.

OBJETIVO 2

REFORZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA PREVENIR LA INMOVILIDAD.

Acciones

1. Valoración de la actividad física y prescripción de un programa de ejercicio físico multicomponente en función de la capacidad del individuo en atención primaria y realizar seguimiento adaptado a la situación.
2. Potenciación de actividades de EPS en actividad física multicomponente y prevención de la inmovilidad para pacientes frágiles.

3.

Implementación de IC basadas en el ejercicio físico multicomponente adaptadas a las capacidades de las personas frágiles en colaboración con los recursos comunitarios.
4.

Implementación y seguimiento de actividades de movilización precoz de pacientes frágiles hospitalizados.
5.

Fomento de la recomendación del uso de una herramienta digital (Vivifrail) de actividad física basada en ejercicios multicomponentes en hospitalización y consultas externas, en función de las capacidades y conocimientos digitales de las personas a la que van dirigidas.
6.

Implantación y seguimiento de actividades de rehabilitación funcional en pacientes inmovilizados en hospitalización.
7.

Implementación y seguimiento de actividades de rehabilitación funcional en pacientes frágiles en residencias.
8.

Implementación del uso de soluciones tecnológicas, adaptadas a los conocimientos tecnológicos de los usuarios, para el seguimiento del estado físico tanto en atención primaria, consultas especializadas y al alta de pacientes hospitalizados (por ejemplo, teleconsulta, videoconsulta o teleformación).

OBJETIVO 3

POTENCIAR EL ABORDAJE DEL RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON HISTORIAL PREVIO DE CAÍDAS.

Acciones

1.

Fomento de la captación y el seguimiento en personas frágiles que hayan tenido, al menos, una caída para prevenir el síndrome postcaída.
2.

Prescripción de un programa de ejercicio multicomponente en personas con historial de caídas previas o riesgo de caídas.
3.

Potenciación la EPS e IC en prevención de caídas.
4.

Implantación y seguimiento del protocolo para prevención de caídas del adulto del SERMAS (1 de febrero de 2021) en hospitalización y otros niveles asistenciales.



OBJETIVO 4

FOMENTAR LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EL ABORDAJE DE LA MALNUTRICIÓN EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

1.

Potenciación de la valoración nutricional completa e integral en personas en riesgo de malnutrición o malnutrición establecida según el MNA o MNA-SF.2.
2.

Desarrollo de la teleconsulta con el nutricionista hospitalario para la adaptación de las dietas en personas frágiles conforme a su patología.
3.

Fomento de la prescripción de intervenciones de suplementación nutricional en personas malnutridas o en riesgo.
4.

Valoración, prevención e intervención de la deshidratación en servicios de urgencias y hospitalización.
5.

Potenciación de la detección e intervención de problemas de deglución.
6.

Potenciar la EPS y las IC en alimentación saludable y nutrición en fragilidad.

OBJETIVO 5

POTENCIAR LA ADECUADA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA Y EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

1.

Actualización de los tratamientos farmacológicos previo al ingreso programado quirúrgico, en intervenciones que ocasionan más pérdida funcional.
2.

Potenciación de la estrategia de farmacia en criterios STOPP/START, BEERS, MPI, LESS-CHRON.
3.

Fomento de la valoración específica, en personas frágiles y/o con riesgo de caídas, de los medicamentos relacionados con el riesgo de caídas.
4.

Fomento de la EPS/IC relacionadas con el manejo y almacenamiento responsable y seguro de medicamentos y de adherencia al tratamiento.
5.

Fomento de las campañas de vacunación en personas frágiles.



OBJETIVO 6

FOMENTAR EL ABORDAJE DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN AMBOS SEXOS EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

- 1. Desarrollo de EPS/IC relacionadas con la continencia urinaria y medidas preventivas de incontinencia.
- 2. Implementación de la valoración de continencia urinaria en servicios de urgencia y seguimiento en hospitalizados y al alta (hospitalizados y servicios de urgencia).
- 3. Fomento de intervenciones específicas de rehabilitación en personas con incontinencia en atención primaria y consultas específicas de servicios hospitalarios.
- 4. Fomento de la continencia en pacientes hospitalizados facilitando el uso del baño de forma autónoma o con apoyos.
- 5. Realización de intervenciones específicas en los pacientes hospitalizados, especialmente los que tengan sondas, para facilitar su continencia al alta.

OBJETIVO 7

POTENCIAR EL ABORDAJE DEL DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

- 1. Desarrollo de las consultas monográficas especializadas en deterioro cognitivo en atención hospitalaria.
- 2. Realización de un abordaje consensuado y homogéneo del delirium en atención hospitalaria y en el área de observación de urgencias por parte de enfermería (prevención, detección e intervención).
- 3. Implantación de medidas de prevención del deterioro en ingreso hospitalario.
- 4. Incremento del seguimiento del Sº 419 de atención primaria para la detección de trastornos neurocognitivos mayores.
- 5. Potenciación de las recomendaciones de realización de actividades de estimulación cognitiva.



- 6. Fomento de las actividades de estimulación cognitiva.
- 7. Potenciación de la EPS/IC sobre estimulación de las funciones cognitivas.

OBJETIVO 8

POTENCIAR EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS RELACIONADAS CON LA FRAGILIDAD EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

- 1. Potenciación del seguimiento específico de las enfermedades crónicas más relacionadas con la fragilidad.
- 2. Fomento de EPS/IC para prevenir el aumento de la discapacidad y limitación funcional secundaria a las enfermedades crónicas.

OBJETIVO 9

POTENCIAR EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

- 1. Potenciación del abordaje de aquellos casos en los que se haya identificado algún problema emocional.
- 2. Fomento de EPS/IC sobre problemas emocionales y su efecto en la capacidad funcional del individuo.

OBJETIVO 10

FOMENTAR EL ABORDAJE DE LAS ALTERACIONES SENSORIALES EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

- 1. Fomento del abordaje de casos identificados con algún déficit auditivo o de visión.
- 2. Potenciación de actividades EPS/IC sobre los déficits sensoriales y su efecto en la capacidad funcional del individuo.



OBJETIVO 11

REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA SITUACIÓN SOCIAL EN PERSONAS FRÁGILES Y/O CON RIESGO DE CAÍDAS.

Acciones

- 1. Potenciación del abordaje de aquellos casos en los que se haya identificado el riesgo social.



Línea 5
RECOMENDACIONES

Prevenir el riesgo de caídas en todos los ámbitos asistenciales, en atención primaria mediante la detección del riesgo en el hogar y el cribado de la fragilidad y en atención hospitalaria implantando el protocolo de prevención de caídas del SERMAS.

Promocionar la actividad física y prevenir la inmovilidad a través de la prescripción del ejercicio físico multicomponente en todos los ámbitos asistenciales mediante el uso del “Programa VIVIFRAIL”, que incluye ejercicios de resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular, a través de grupos de Educación para la Salud. En atención hospitalaria es recomendable implantar actividades de movilización precoz en pacientes frágiles ingresados e intervenciones de rehabilitación funcional en aquellos pacientes inmovilizados por hospitalización por ejemplo tras una intervención quirúrgica, para evitar situaciones de pérdida de funcionalidad ocasionadas por ingresos, tratamiento o intervenciones quirúrgicas.

Prevenir la malnutrición y la sarcopenia. Las personas mayores si mantienen un estado muscular óptimo, evitan convertirse en ancianos frágiles y como consecuencia tener mayor riesgo de caídas, pérdida de la funcionalidad y mayores niveles de dependencia en sus actividades de la vida diaria.

El consumo de proteínas por debajo de 0.8g/Kg/día provoca la pérdida de masa muscular mantenida por lo que es aconsejable mantener una dieta que incorpore proteínas de alto valor biológico en forma de carne blanca, huevos y lácteos, pescado, queso, suero de leche o proteínas en estado puro, en cantidades que oscilan entre 20 y 45 g/día. Exceptuando las personas con enfermedad renal crónica (Filtrado glomerular estimado menor de 30ml/min) que han de limitar la ingesta proteica¹⁷⁴. También la evidencia recomienda suplementar con otros nutrientes de especial relevancia como son los ácidos grasos omega_3 derivados del pescado, la vitamina D vía oral¹⁷⁵ que, junto al ejercicio de resistencia, van a provocar un incremento de la síntesis de proteínas musculoesqueléticas y del tamaño de la fibra muscular lo que permite prevenir la sarcopenia.

Prevenir problemas de seguridad por el uso de fármacos, es recomendable potenciar el Programa de Atención al Mayor Polimedicado de la CAM, mediante la valoración proactiva



de las prescripciones potencialmente inadecuadas, conforme a criterios STOPP/START, BEERS, MPI, en todos los ámbitos de la atención primaria, hospitalaria y servicios de urgencia, prestando especial atención a las transiciones entre niveles asistenciales.

Prevenir el deterioro cognitivo/ delirium o el síndrome confusional agudo, con la implantación en los Hospitales del Proyecto “Hospital Amable con la persona mayor”, que incluye medidas para la detección precoz valorándolo a través de las escalas validadas como Ej.: la escala CAM, identificando a las personas en riesgo con el “Código Delirium” y estableciendo programas de Prevención de deterioro cognitivo en las plantas de hospitalización que garanticen los ritmos de sueño vigilia, faciliten la orientación temporoespacial, potencien la estimulación de las funciones cognitivas, prestando especial atención en los servicios de urgencias, facilitando el acompañamiento y la hidratación de personas en situación de fragilidad. Por parte de atención primaria sería aconsejable promover dicho “Servicio Amable” por ejemplo facilitando la orientación y la accesibilidad a las personas mayores.

Prevenir los problemas emocionales, la depresión geriátrica y los trastornos afectivos, realizando en todos los ámbitos asistenciales una detección de aquellas situaciones de aislamiento social, maltratos, claudicación familiar, sobrecarga de cuidadores y soledad no deseada, alineados con el Proceso Asistencial de Atención a Personas Mayores en situación de Soledad No Deseada.

6.6.

LÍNEA 6. FORMACIÓN DE PROFESIONALES Y PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Solamente será posible desarrollar un abordaje efectivo de la fragilidad si los profesionales tienen una adecuada formación y consideran este síndrome como uno de sus principales retos²³. Todos los profesionales sanitarios de diferentes disciplinas juegan un papel central en tareas de abordaje de la fragilidad como son la evaluación, tratamiento, apoyo al autocuidado y seguimiento de los cuidados. Es necesario disponer de currículos formativos dinámicos, principalmente prácticos e inter/multidisciplinares que permitan adquirir habilidades para trabajar con un abordaje integral y de forma coordinada^{23,176}.

La OMS reconoce que es preciso contar con un importante número de profesionales de la geriatría y la gerontología para tratar los casos más complejos y desarrollar las intervenciones y actuaciones dirigidas, en general, a esta población y, en particular, a las personas mayores frágiles y prefrágiles²³.

Además, se ha identificado una necesidad creciente de desarrollar y promocionar la investigación científica para obtener un mejor entendimiento de las necesidades integrales, complejas y dinámicas de las personas mayores que, posteriormente, reviertan en una mejora de la formación de los profesionales y de la atención a dicha población²³.

Línea 6 Formación de profesionales y promoción de la investigación

OBJETIVO 1

FACILITAR LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN FRAGILIDAD Y LONGEVIDAD SALUDABLE.

Acciones

- 1. Desarrollo de acciones formativas transversales en materia de longevidad saludable, abordaje de la fragilidad, sensibilización y prevención del edadismo en el ámbito sanitario.
- 2. Fomento de la formación en prescripción segura en población anciana en todos los niveles asistenciales.
- 3. Fomento de la formación específica en habilidades de trabajo en equipo, coordinación y colaboración sociosanitaria en la promoción de la longevidad saludable en el abordaje de la fragilidad.
- 4. Crear foros y puntos de encuentro multidisciplinares para favorecer el intercambio de conocimientos y buenas prácticas en promoción del longevidad saludable y abordaje de la fragilidad.

OBJETIVO 2

PROMOCIONAR LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN EN LONGEVIDAD SALUDABLE Y ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD.

Acciones

- 1. Impulso de líneas de investigación en longevidad saludable y abordaje de fragilidad.
- 2. Creación de proyectos de innovación en longevidad saludable y abordaje de fragilidad.



Línea 6 RECOMENDACIONES

Crear una cultura que rechace el edadismo entendido como todos los comportamientos discriminatorios, tópicos y actitudes negativas hacia individuos o grupos de personas por su edad.

7.

DIFUSIÓN, IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN



Una difusión activa, una implantación progresiva, un seguimiento y una evaluación continua permitirá la valoración del alcance y el grado de cumplimiento.

7.1. DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DEL PLAN.

La estrategia de difusión y comunicación se llevará a cabo de forma activa e integral, abarcando todo el proceso de ejecución del proyecto, desde la presentación institucional hasta su finalización y presentación de resultados.

En este sentido, la estrategia estará orientada a:

- Establecer cauces de información interna entre los distintos agentes intervinientes en el Plan: Gerencias asistenciales del SERMAS (Hospitales, Atención Primaria y sus Direcciones Asistenciales y SUMMA 112), y sus profesionales.
- Establecer cauces de información externa entre los distintos agentes intervinientes en el Plan (otras Consejerías, Administración local y estatal; entidades de pacientes y usuarios, prestadoras de servicio, sociedades científicas y colegios profesionales).
- Potenciar la difusión con la edición del documento del Plan en formato electrónico. Se publicará en el portal PublicaMadrid y en el Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid y, asimismo, se potenciará su difusión a través del espacio de Coordinación Sociosanitaria en la intranet Salud@ y de la Web institucional de la Comunidad de Madrid.
- Difundir el Plan en Jornadas científico-técnicas relacionadas con la fragilidad, longevidad saludable y la coordinación sociosanitaria.

7.2. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN

La implantación y despliegue del Plan se realizará a través de las siguientes actuaciones:

- Creación del Comité Asesor y Operativo con las siguientes funciones: actuar como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento del Plan durante el periodo de vigencia; revisar, apoyar e impulsar las actuaciones establecidas en el Plan Estratégico; proponer modificaciones en el desarrollo del Plan, pudiendo redireccionar y subsanar posibles carencias en base a los resultados intermedios de seguimiento, así como aquellas otras funciones que determine el titular de la DG de Coordinación Socio-Sanitaria.
- Programación anual consensuada con las unidades directivas y gerencias asistenciales de todos los ámbitos que intervienen.

- Canalización de la implantación y ejecución de las acciones por parte de las Unidades directivas y Gerencias asistenciales.

7.3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento de las líneas estratégicas del Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores se realizará mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones a través de los indicadores establecidos, para facilitar la evaluación y la monitorización de la implementación de las medidas para la promoción de la longevidad saludable y el abordaje de la fragilidad.

Para poder realizar el seguimiento, las gerencias asistenciales y unidades directivas cumplimentarán un informe de seguimiento donde figurará la línea estratégica, el objetivo específico, la actuación, el indicador, el grado de cumplimiento y un apartado de observaciones.



En este sentido, con periodicidad anual y al final del periodo de vigencia, se realizará una memoria de actividad donde se dé cuenta del seguimiento de las acciones y el cumplimiento de los objetivos establecidos. Dichas evaluaciones permitirán reconducir las posibles desviaciones técnicas y

medir el grado de desarrollo de las acciones. En base a lo anterior, se dispondrán de tres memorias de actividad para los años 2023, 2024, así como la memoria final que corresponderá a la memoria de evaluación correspondiente y se realizará una vez finalizado el año 2025.



PARTICIPANTES

DIRECCIÓN DEL PLAN

- Zapatero Gaviria, Antonio.**

Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública. Servicio Madrileño de Salud. Director. General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad.
- Martínez Peromingo, Francisco Javier.**

Director General de Coordinación Socio-Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública. Consejería de Sanidad.

COORDINACIÓN TÉCNICA

- Pacheco Tabuena, Teresa.**

Subdirectora General de Atención y Cuidados Sociosanitarios. Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.
- Elvira Rodríguez, Beatriz.**

Trabajadora Social. Técnica de apoyo. Subdirección General de Atención y Cuidados Sociosanitarios. Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.
- Sanz Bayona, M^a Teresa.**

Enfermera. Técnica de apoyo. Subdirección General de Atención y Cuidados Sociosanitarios. Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.
- Sánchez Moreno, M.^a Jesús.**

Farmacéutica. Técnica de apoyo. Subdirección General de Atención y Cuidados Sociosanitarios. Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.
- Vaca Bermejo, Raúl.**

Psicogerontólogo, Fundación Edad&Vida.

EXPERTOS Y REVISORES

- **Andradas Aragonés, Elena.**
Directora General de Salud Pública.
Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y
Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- **Cruz Jentoft, Alfonso.**
Jefe del Servicio de Geriátría del Hospital
Universitario Ramón y Cajal. Presidente de la
Comisión Nacional de la Especialidad de Geriátría.
- **Rodriguez Mañas, Leocadio.**
Jefe del Servicio de Geriátría del Hospital
Universitario de Getafe.
- **Romeo Casabona, Carlos María.**
Catedrático de Derecho Penal de Universidad
del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y
miembro del Consejo Científico de la Escuela
de Pensamiento.
- **Serra Rexarch, José Antonio.**
Jefe del Servicio de Geriátría del Hospital General
Universitario Gregorio Marañón.
- **Fundación Edad&Vida.**
- **Fundación Mutualidad de la Abogacía.**

UNIDADES DIRECTIVAS PARTICIPANTES

Consejería de Sanidad

Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Publica

- **Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.**
- **Moreno Molino, María Dolores.**
Directora General de Humanización Sanitaria.
Consejería de Sanidad.
- **Pardo Hernández, Alberto.**
Subdirector General de Calidad Asistencial.
- **Gómez Mateos, María Ángeles.**
Jefa de Área de Humanización de la Asistencia.
Subdirección General de Humanización
de la Asistencia, Bioética e Información
y Atención Paciente.
- **Ferrándiz Santos, Juan.**
Técnico de apoyo. Subdirección General
de Calidad Asistencial.
- **Perela Moreta, María José.**
Técnica de apoyo. Subdirección General
de Humanización de la Asistencia, Bioética
e Información y Atención Paciente.



- **Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación.**
- **Miquel Gómez, Ana.**
Jefa de Área de Innovación e Internalización.
Subdirección General de Investigación Sanitaria
y Documentación.
- **Arranz Santamaría, Luis Carlos.**
Técnico de apoyo. Área de Formación.
Subdirección General de Formación
y Acreditación Docente Sanitaria.

Dirección General de Salud Publica.

- **Molina Olivas, Marta.**
Subdirectora General de Promoción
y Prevención para la Salud.
- **Pinto Fontanillo, José Antonio.**
Coordinador del Programa de Promoción de
la Salud de las Personas Mayores. Servicio de
Promoción de la Salud. Subdirección General
de Promoción y Prevención para la Salud.
- **Rico Bermejo, Juan.**
Técnico de apoyo. Subdirección General de
Promoción y Prevención para la Salud.
- **Sanz Méndez, Manuel.**
Técnico de Apoyo. Subdirección General de
Seguridad Alimentaria y Ambiental.

- **División de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública**
- **Moreno Pérez, Carmen.**
Técnica de Apoyo.
- **Pardo Pérez, María Jesús.**
Técnica de Apoyo.
- **Sánchez García, Begoña.**
Técnica de Apoyo.

Dirección General de Asistencia Sanitaria

- **Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria**
- **Moran Fernández, Susana.**
Subdirectora General de Planificación
Sociosanitaria.
- **Carretero Lanchas, Yedra.**
Técnica de apoyo. Subdirección General
de Planificación Sociosanitaria.
- **González Sánchez, Esmeralda.**
Técnica de apoyo. Subdirección General
de Planificación Sociosanitaria.
- **Salinero Aceituno, Margarita.**
Técnica de apoyo. Subdirección General
de Planificación Sociosanitaria.

- De la Rosa Gómez, M.^a Raquel.
Secretaria. Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.

- Muñoz Fernández, Javier.
Secretario. Subdirección General de Atención y Cuidados Sociosanitarios.

- Sánchez Casco, Consuelo.
Secretaria. Subdirección General de Atención y Cuidados Sociosanitarios.

- Studeny Studeny, Luminita.
Secretaria. Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.

Dirección General del Proceso Integrado de Salud

Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

- Villares Rodríguez, José Enrique.
Director Técnico Procesos Asistenciales.

- Rey Granado, Yolanda del.
Técnica de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

- Carrillo Fernández, Alfredo.
Enfermero UAR (DA Norte).

- Fernández Muñoz, Ángel M.
Fisioterapeuta (DA Sur).

- Martínez Pascual, María Belén.
Psicóloga CS Silvano (DA Este).

- Mota Carrillo, Ana.
Trabajadora Social (DA Centro).

Gerencia Asistencial de Hospitales

- Canora Lebrato, Jesus.
Gerente Asistencial de Hospitales.

- Gómez-Angulo Amoros, Paula.
Gerente Adjunta de Cuidados Socio-Sanitarios.

- Sánchez-Pobre Bejarano, Pilar.
Gerente Adjunta de Ordenación e Innovación Organizativa.

- Cobos Pozo, Pilar.
Técnica de apoyo. Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa.

- Vázquez Quiroga, Blanca.
Técnica de apoyo. Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa

Gerencia de Planificación Estratégica

- Fernández Cano, Elena.
Técnica de apoyo. Gerencia de Planificación Estratégica.



- García Fernández, Pilar.
Técnica de apoyo. Gerencia de Planificación Estratégica.

Gerencia Summa 112

- García García, José Antonio.
Enfermero.

- López Díez. David.
Técnico de Emergencias sanitarias

Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones

- Agüera Ortiz, Luis.
Jefe de Psiquiatría. Centro de Salud Mental de Carabanchel.

Unidad de Continuidad Asistencial

- García Cubero, Carmen.
Jefa de la Unidad de Continuidad Asistencial.

- Cerdeño Arconada, José David.
Técnico de apoyo. Unidad de Continuidad de Asistencial y Adjunto al Área de Cronicidad.

- Jiménez Gómez, Carmen.
Técnica de apoyo de la Unidad de Continuidad de Asistencial y Adjunto al área de Cronicidad.

Viceconsejería de Gestión Económica

Dirección General de Gestión Económico-Financiera y Farmacia

Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

- Martínez Sánchez, Eugenia.
Farmacéutica de Atención a Residencias.

Consejería de Familia, Juventud y Políticas Sociales

Viceconsejería de Familia, Juventud y Política Social

Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia

- Moreno Díaz, Ángel.
Responsable de Relaciones Institucionales y Coordinador de Apoyo Técnico.

- Estelles Marcos de León, Iñigo.
Responsable de Comunicación del Equipo de Coordinación de Programas.

Dirección General de Servicios Sociales

- Ayres Janeiro, Fernando Ignacio.
Director General de Servicios Sociales.

Organismo Autónomo Agencia Madrileña de Atención Social Ramos Cordero, Primitivo. Director Coordinador Sanitario Asistencial.	
COLABORADORES Asociaciones Casas Sánchez, Gabino. Federación Regional Asociaciones Vecinales de Madrid (FRAVM).	
Castellanos Lozano, Ana. Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).	
Escobar Manero, Carina. Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).	
García Pérez, Javier. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA).	
Lorenzo Garmendia, Andoni. Foro Español de Pacientes (FEP).	
Martín Sanz, Fernando. Federación Regional Asociaciones Vecinales de Madrid (FRAVM).	
Panadero Gómez, Luisa Fernanda. Foro Español de Pacientes (FEP).	
Pomares Abad, Pedro. FORO LIDEA. Liderazgo de mayores.	



Sanz Fernández, Vicente. Confederación Nacional de Jubilados y Pensionistas de España (CONJUPES).	Valle Pizarro, David. Ayuntamiento de San Sebastián de Los Reyes.
Ayuntamientos Cortés Monasterio, Javier. Ayuntamiento de San Sebastián de Los Reyes.	CONSEJERÍA DE CULTURA, TURISMO Y DEPORTES González del Vado, Isabel. Subdirectora General de Formación Deportiva. Dirección General de Deportes. Viceconsejería de Deportes.
Fouce Fernández, José Guillermo. Ayuntamiento de Getafe.	CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, UNIVERSIDADES, CIENCIA Y PORTAVOCÍA Cremades Rodríguez, Ana Isabel. Directora General de Innovación e investigación tecnológica. Viceconsejería de Universidades, Ciencia e Innovación, Consejería de Educación, Universidades, Ciencia y Portavocía.
Lalanne Martínez de la Casa, Oscar. Ayuntamiento de Humanes de Madrid.	COLEGIOS PROFESIONALES Castillo Lozano, Inmaculada. Ilmo. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM).
Linares Martínez, Lola. Ayuntamiento de San Sebastián de Los Reyes.	Crespo Valencia, Agustina. Ilmo. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.
Martín Díez, María del Carmen. Ayuntamiento de Madrid.	Cubero García, Marta. Ilmo. Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.
Molina Díaz, Esperanza. Ayuntamiento de Madrid.	Cures Rivas, Olga. Ilmo. Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid.
Sánchez Araujo, Mamen. Ayuntamiento de San Martín de Valdeiglesias.	
Serrano Garijo, Pilar. Ayuntamiento de Madrid.	

- **Fernández Batalla, Marta.**
Ilmo. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM).
- **Fernández Ortega, Sergio Jorge.**
Ilmo. Colegio Profesional de Educadoras/es sociales de la Comunidad de Madrid (CPEESM).
- **Garrigós Tembleque, Silvia.**
Ilmo. Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (COP).
- **Gasco González, Sara.**
Ilmo. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM).
- **Martín Sánchez, Javier.**
Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- **Mateo Ballesta, Nuria.**
Ilmo. Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid (COPTOCAM).
- **De la Morena, María Ángeles.**
Ilmo. Colegio Profesional de Educadoras/es sociales de la Comunidad de Madrid (CPEESM).
- **Rodríguez García, Nuria.**
Ilmo. Colegio Profesional de Educadoras/es sociales de la Comunidad de Madrid (CPEESM).

ENTIDADES PRESTATARIAS DE SERVICIOS

- **Cerejido Samos, Inmaculada.**
Asociación Madrileña de Atención a la Dependencia (AMADE).
- **Fernández-Cid, Ignacio.**
Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia (FED).
- **Rodríguez Tabares, Vivian del Carmen.**
Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia (FED).
- **Roldán Fernández, Natalia,**
Asociación Estatal de Servicios Residenciales de la Tercera Edad (AESTE).
- **Trasancos García, Gloria.**
Grupo Lares.
- **Vela Caudevilla, Juan Ignacio.**
Grupo Lares.

Sociedades Científicas y Otras Entidades

- **Acosta Benito, Miguel Ángel.**
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. (SOMAMFYC).
- **Blas Sánchez, Jesús.**
Cáritas.



- **Carmona Corrales, Álvaro.**
Cruz Roja.
- **Crespo Sevilla, Mar.** Cáritas.
- **Echanove Ravello, Javier de.**
Fundación Desarrollo y Asistencia. Programa “Nadie Solo”.
- **Garrido, Mar.**
Fundación Desarrollo y Asistencia. Programa “Nadie Solo”.
- **González Hernández, Ángela.**
Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. (SEFAC).
- **González Pérez, Begoña I.**
Sociedad San Vicente de Paul.
- **Jiménez Díaz, Gregorio.**
Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (SEGG).
- **Martínez-Berganza Asensio, Lourdes.**
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (SEMERGEN).
- **Matía Martín, Pilar.**
Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid. (SENDIMAD).

- **Molina Baena, Begoña.**
Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid. (SENDIMAD).
- **Neira Álvarez, Marta.**
Sociedad Española de Medicina Geriátrica. (SEMEG).
- **Ramos Carrasco, Araceli.**
Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid. (SENDIMAD).
- **Rivera Álvarez, Araceli.**
Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria. (SEMAP).
- **Solano Villarrubia, Carmen.**
Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria. (SEMAP).
- **Villegas Beguiristáin, Mercedes.**
Fundación Grandes Amigos.

Universidades o Equipos de Investigación

- **Lucía Mulas, Alejandro.**
CIBERFES.



BIBLIOGRAFÍA

1.

Grupo de Trabajo de Prevención de la Fragilidad y Caídas. Recomendaciones Para Abordaje de La Fragilidad En Situación de Crisis Sanitaria Generada Por La Covid-19. (Ministerio de Sanidad, ed.). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.

2.

Esperanzas de Vida En España, 2018. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. www.mscbs.gob.es. Accessed May 20, 2022.

3.

Barrio Cortes J, Guevara Guevara T, Aguirre Cocha KP, Rodríguez Mañas L, Pérez Rodríguez R. Proyecto Positive: mantenimiento y mejora de la capacidad intrínseca que involucra a la atención primaria y a los cuidadores a través de un sistema de monitorización domiciliaria y una plataforma telemática de servicios. *Rev Esp Salud Pública.* 2021;95:1-11.

4.

Pola Ferrández E, Zuza Santacilia I, Gil Tarragato S, et al. Promoción del envejecimiento saludable a través del abordaje de la fragilidad. *Rev Esp Salud Pública.* 2021;95:4-5. www.mscbs.es/resp.

5.

Kojima G, Iliffe S, Jivraj S, Walters K. Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Heal.* 2016;70(7):716-721. doi:10.1136/JECH-2015-206717.

6.

Rodríguez Mañas L, Alonso Bouzón C, Consortium A. ADVANTAGE Joint Action Final Layman Report.; 2019. http://www.advantageja.eu/images/Layman_report_final.pdf.

7.

Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2019;53:100903. doi:10.1016/J.ARR.2019.04.005.

8.

Castell-Alcalá MV, Prieto-Aldana M, Gutiérrez-Misis A, et al. Calidad de vida y actividad física en individuos prefrágiles mayores de 70 años en atención primaria. *Rev Esp Salud Pública.* 2021;95:1-11.

9.

World Health Organization. World Report on Ageing And Health. Geneva: World Health Organization; 2015. www.who.int. Accessed May 20, 2022.

10.

Rodríguez Mañas L. La fragilidad, una perspectiva a lo largo del tiempo. *Rev Española Salud Pública.* 2021;95:1-12.

11.

Casas-Herrero A, Sáez de Asteasu M., Antón-Rodrigo I, et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2022.

12.

Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Fragilidad en el anciano. In: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, eds. Barcelona: Elsevier España; 2020:671-688.

13.

World Health Organization. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Published 2021. Accessed May 20, 2022.

14.

World Health Organization. 10 facts on ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/10-facts-on-ageing-and-health>. Published 2017. Accessed May 20, 2022.

15.

Instituto Nacional de Estadística. Notas de Prensa del Instituto Nacional de Estadística: Proyecciones de Población 2020-2070. https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf. Published 2020. Accessed May 20, 2022.

16.

Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019;394(10206):1365-1375. doi:10.1016/S0140-6736(19)31786-6.

17.

Ward DD, Wallace LMK, Rockwood K. Frailty and Risk of Dementia in Mild Cognitive Impairment Subtypes. *Ann Neurol*. 2021;89(6):1221-1225. doi:10.1002/ANA.26064.

18.

Murray CJL, Lopez AD. Measuring the Global Burden of Disease. *N Engl J Med*. 2013;369(5):448-457. doi:10.1056/NEJMRA1201534/SUPPL_FILE/NEJMRA1201534_DISCLOSURES.PDF.

19.

Ilinca S, Calciolari S. The Patterns of Health Care Utilization by Elderly Europeans: Frailty and Its Implications for Health Systems. *Health Serv Res*. 2015;50(1):305. doi:10.1111/1475-6773.12211.

20.

Bock JO, König HH, Brenner H, et al. Associations of frailty with health care costs - Results of the ESTHER cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):1-11. doi:10.1186/S12913-016-1360-3/TABLES/5.

21.

García-Nogueras I, Aranda-Reneo I, Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Abizanda P. Use of health resources and healthcare costs associated with frailty: The FRADEA study. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(2):207-214. doi:10.1007/S12603-016-0727-9.

22.

Sirven N, Rapp T. The cost of frailty in France. *Eur J Heal Econ*. 2017;18(2):243-253. doi:10.1007/S10198-016-0772-7.

23.

ADVANTAGE Consortium. Policy Brief. Prevention and Management of Frailty in the EU: A Health Policy Priority.; 2019.



24.

Mehta P, Lemon G, Hight L, et al. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Identification and Management of Frailty. *J Nutr Heal Aging*. 2021;25(3):382-391. doi:10.1007/s12603-020-1549-3.

25.

Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*. 2019;394(10206):1376-1386. doi:10.1016/S0140-6736(19)31785-4.

26.

Redon J, Perez-Hernandez J. ADVANTAGE WP8 Report – Extending and Expanding the Knowledge on Frailty to Foster Innovative Policy on Frailty: A Systematic Review.; 2017.

27.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. Vol 56.; 2001. <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/3/M146/545770>.

28.

Ministry of Health BCGuidelines.ca. Frailty in Older Adults – Early Identification and Management.

29.

Sieliwonczyk E, Perkisas S, Vandewoude M. Frailty indexes, screening instruments and their application in Belgian primary care. *Int J Clin Lab Med*. 2014;69(4):233-239. doi:10.1179/2295333714Y.0000000027.

30.

World Health Organization. Integrated Care for Older People. Guidelines on Community-Level Interventions to Manage Declines in Intrinsic Capacity. Geneva; 2017. doi:10.1007/978-3-319-96529-1_19.

31.

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Inf Estud e Investig. 2014;1-82. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf.

32.

Gómez Jiménez E, Avendaño Céspedes AI, Cortés Zamora EB, García Molina R, Abizanda P. Prevalencia de fragilidad en adultos mayores hospitalizados. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:1-34.

33.

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in Older People. *Lancet*. 2013;381(9868):752. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.

34.

Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med*. 2016;31:3-10. doi:10.1016/J.EJIM.2016.03.007.

35.

Romero-Ortuno R, O'Shea D. Fitness and frailty: opposite ends of a challenging continuum! Will the end of age discrimination make frailty assessments an imperative? *Age Ageing*. 2013;42(3):279-280. doi:10.1093/AGEING/AFS189.

36.

Sezgin D, Liew A, O'Donovan MR, O'Caoimh R. Pre-frailty as a multi-dimensional construct: A systematic review of definitions in the scientific literature. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2020;41(2):139-146. doi:10.1016/J.GERINURSE.2019.08.004.

37.

Lally F, Crome P. Understanding frailty. *Postgrad Med J*. 2007;83(975):16. doi:10.1136/PGMJ.2006.048587.

38.

Stenholm S, Ferrucci L, Vahtera J, et al. Natural Course of Frailty Components in People Who Develop Frailty Syndrome: Evidence From Two Cohort Studies. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2019;74(5):667. doi:10.1093/GERONA/GLY132.

39.

Xue QL, Bandeen-Roche K, Varadhan R, Zhou J, Fried LP. Initial Manifestations of Frailty Criteria and the Development of Frailty Phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *Journals Gerontol Ser A*. 2008;63(9):984-990. doi:10.1093/GERONA/63.9.984.

40.

Cohen-Mansfield J, Skornick-Bouchbinder M, Brill S. Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *Journals Gerontol Ser B*. 2018;73(4):564-572. doi:10.1093/GERONB/GBX093.

41.

Marzetti E, Cesari M, Calvani R, et al. The "Sarcopenia and Physical fRailty IN older people: multi-component Treatment strategies" (SPRINTT) randomized controlled trial: Case finding, screening and characteristics of eligible participants. *Exp Gerontol*. 2018;113:48-57. doi:10.1016/J.EXGER.2018.09.017.

42.

Roubenoff R. Sarcopenic Obesity: Does Muscle Loss Cause Fat Gain?: Lessons from Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis. *Ann N Y Acad Sci*. 2000;904(1):553-557. doi:10.1111/J.1749-6632.2000.TB06515.X.

43.

Binkley N, Krueger D, Buehring B. What's in a name revisited: Should osteoporosis and sarcopenia be considered components of "dysmobility syndrome?" *Osteoporos Int*. 2013;24(12):2955-2959. doi:10.1007/S00198-013-2427-1/FIGURES/1.

44.

Porter Starr KN, McDonald SR, Bales CW. Obesity and Physical Frailty in Older Adults: A Scoping Review of Lifestyle Intervention Trials. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(4):240-250. doi:10.1016/J.JAMDA.2013.11.008.

45.

Lee JSW, Auyeung TW, Leung J, Kwok T, Woo J. Transitions in Frailty States Among Community-Living Older Adults and Their Associated Factors. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(4):281-286. doi:10.1016/J.JAMDA.2013.12.002.



46.

Suárez-Méndez I, Walter S, López-Sanz D, et al. Ongoing Oscillatory Electrophysiological Alterations in Frail Older Adults: A MEG Study. *Front Aging Neurosci*. 2021;13:54. doi:10.3389/FNAGI.2021.609043/BIBTEX.

47.

Kalache A. Envejecimiento Activo. Un Marco Político Ante La Revolución de La Longevidad. *International Longevity Centre Brazil y Escuela de Salud Andaluza*; 2015. <https://www.easp.es/project/envejecimiento-activo-un-marco-politico-ante-la-revolucion-de-la-longevidad/>.

48.

Ministerio de Sanidad. Actualización Del Documento de Consenso Sobre Prevención de La Fragilidad En La Persona Mayor (2022). (Ministerio de Sanidad, ed.). Madrid; 2022.

49.

Lu Z, Er Y, Zhan Y, et al. Association of Frailty Status with Risk of Fall among Middle-Aged and Older Adults in China: A Nationally Representative Cohort Study. *J Nutr Health Aging*. 2021;25(8):985-992. doi:10.1007/S12603-021-1655-X.

50.

Chittrakul J, Siviroy P, Sungkarat S, Sapbamrer R. Physical Frailty and Fall Risk in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. *J Aging Res*. 2020;2020. doi:10.1155/2020/3964973.

51.

Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1163.e1-1163.e17. doi:10.1016/J.JAMDA.2016.09.010.

52.

Kojima G. Frailty as a Predictor of Future Falls Among Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(12):1027-1033. doi:10.1016/J.JAMDA.2015.06.018.

53.

Cheng MH, Chang SF. Frailty as a Risk Factor for Falls Among Community Dwelling People: Evidence From a Meta-Analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(5):529-536. doi:10.1111/JNU.12322.

54.

Carrillo Esper R, Muciño Bermejo J, Peña Pérez C, Carrillo Cortés UG. Fragilidad y sarcopenia. *Rev la Fac Med*. 2011;54(5). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000500003. Accessed June 28, 2022.

55.

Neira Álvarez M, Esteve Arrien A, Caballero Mora MÁ, et al. Oportunidad para la detección y manejo precoz de la fragilidad a través del abordaje de las caídas. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:1-16.

56.

Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006;35(suppl_2):ii37-ii41. doi:10.1093/AGEING/AFL084.

57.

Bergen G, Stevens MR, Burns ER. Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥65 Years — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;65(37):993-998. doi:10.15585/MMWR.MM6537A2.

58.

Organización Mundial de la Salud. Caídas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>. Published April 26, 2021. Accessed June 8, 2022.

59.

INE. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad(7947). <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>. Accessed May 20, 2022.

60.

Otero Puime Á, Gutiérrez-Misis A, Toledo-Bartolomé D, et al. El Registro Nacional de Fracturas de Cadera (RNFC) y el conjunto mínimo básico de datos son útiles para investigar sobre fracturas de cadera: comparación de ambos registros. 2021;95:1-11.

61.

Bischoff-Ferrari HA. The Role of Falls in Fracture Prediction. *Curr Osteoporos Rep*. 2011;9(3):116-121. doi:10.1007/S11914-011-0059-Y.

62.

World Health Organization. Step Safely. Strategies for Preventing and Managing Falls across the Life-Course.; 2021.

63.

Adams K, Corrigan JM. Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality. National Academies Press (US) Institute of Medicine (US) Committee on Identifying Priority Areas for Quality Improvement; 2003. doi:10.17226/10593.

64.

Cerreta F, Eichler H-G, Rasi G. Drug Policy for an Aging Population — The European Medicines Agency’s Geriatric Medicines Strategy. *N Engl J Med*. 2012;367(21):1972-1974. doi:10.1056/NEJMP1209034/SUPPL_FILE/NEJMP1209034_DISCLOSURES.PDF.

65.

Rodríguez Gómez S, Company-Sancho MC, Teixidó Colet N, Peñacoba Maestre D. Profesionales de enfermería en el abordaje de la fragilidad. Análisis reflexivo sobre la importancia de los cuidados en la atención a la persona mayor frágil. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:1-13.

66.

Martin Lesende I, Acosta Benito MÁ, Goñi Ruiz N, Herreros Herreros Y. Visión del manejo de la fragilidad en atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95.

67.

Chang SF, Lin HC, Cheng CL. The Relationship of Frailty and Hospitalization Among Older People: Evidence From a Meta-Analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(4):383-391. doi:10.1111/JNU.12397.

68.

Hu K, Zhou Q, Jiang Y, et al. Association between Frailty and Mortality, Falls, and Hospitalization among Patients with Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int*. 2021;2021. doi:10.1155/2021/2690296.

69.

Jiao J, Guo N, Xie L, et al. Association between Frailty and 90-Day Outcomes amongst the Chinese Population: A Hospital-Based Multicentre Cohort Study. *Gerontology*. 2022;68(1):8-16. doi:10.1159/000514948.



70.

Aliberti MJR, Szlejf C, Avelino-Silva VI, et al. COVID-19 is not over and age is not enough: Using frailty for prognostication in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(5):1116. doi:10.1111/JGS.17146.

71.

Park CM, Kim W, Rhim HC, et al. Frailty and hospitalization-associated disability after pneumonia: A prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):1-8. doi:10.1186/S12877-021-02049-5/FIGURES/3.

72.

Kojima G. Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Heal*. 2016;70(7):722-729. doi:10.1136/JECH-2015-206978.

73.

Hubbard RE, Peel NM, Samanta M, Gray LC, Mitnitski A, Rockwood K. Frailty status at admission to hospital predicts multiple adverse outcomes. *Age Ageing*. 2017;46(5):801-806. doi:10.1093/AGEING/AFX081.

74.

Kundi H, Popma JJ, Reynolds MR, et al. Frailty and related outcomes in patients undergoing transcatheter valve therapies in a nationwide cohort. *Eur Heart J*. 2019;40(27):2231. doi:10.1093/EURHEARTJ/EHZ187.

75.

McAlister F, Van Walraven C. External validation of the Hospital Frailty Risk Score and comparison with the Hospital-patient One-year Mortality Risk Score to predict outcomes in elderly hospitalised patients: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2019;28(4):284-288. doi:10.1136/BMJQS-2018-008661.

76.

Marengoni A, Zucchelli A, Vetrano DL, et al. Beyond Chronological Age: Frailty and Multimorbidity Predict In-Hospital Mortality in Patients With Coronavirus Disease 2019. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2021;76(3):e38. doi:10.1093/GERONA/GLAA291.

77.

Simo N, Cesari M, Tchiero H, et al. Frailty Index, Hospital Admission and Number of Days Spent in Hospital in Nursing Home Residents: Results from the INCUR Study. *J Nutr Health Aging*. 2020;25(2):155-159. doi:10.1007/S12603-020-1561-7.

78.

Mitchell R, Ting HP, Draper B, et al. Frailty and risk of re-hospitalisation and mortality for aged care residents following a fall injury hospitalisation. *Australas J Ageing*. 2021;40(1):e44-e53. doi:10.1111/AJAG.12847.

79.

Zhang XM, Jiao J, Xie XH, Wu XJ. The Association Between Frailty and Delirium Among Hospitalized Patients: An Updated Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(3):527-534. doi:10.1016/J.JAMDA.2021.01.065.

80.

Wæhler IS, Saltvedt I, Lydersen S, et al. Association between in-hospital frailty and health-related quality of life after stroke: the Nor-COAST study. *BMC Neurol*. 2021;21(1):1-12. doi:10.1186/S12883-021-02128-5/FIGURES/2.

81.

Tavares J, Sa-Couto P, Reis JD, Boltz M, Capezuti E. The role of frailty in predicting 3 and 6 months functional decline in hospitalized older adults: Findings from a secondary analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13). doi:10.3390/IJERPH18137126/S1.

82.

Rezaei-Shahsavarloo Z, Atashzadeh-Shoorideh F, Gobbens RJJ, Ebadi A, Ghaedamini Harouni G. The impact of interventions on management of frailty in hospitalized frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2020;20(1). doi:10.1186/S12877-020-01935-8.

83.

Santianes Patiño J, Menéndez Fernández C, Bermúdez Menéndez de la Granda M. ¿Están Los Servicios De Urgencias Hospitalarios Preparados Para La Atención De Personas Con Fragilidad? *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:1-4.

84.

Karam G, Radden Z, Berall LE, Cheng C, Gruneir A. Efficacy of emergency department-based interventions designed to reduce repeat visits and other adverse outcomes for older patients after discharge: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(9):1107. doi:10.1111/GGI.12538.

85.

Pola Ferrández E, Justo Gil S, Zuza Santacilia I, Gil Tarragato S, Campos Esteban P. Presente Y Futuro Del Abordaje De La Fragilidad En El Marco De La Estrategia De Promoción De La Salud Y Prevención En El Sistema Nacional De Salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95(95).

86.

Petermann-Rocha F, Hanlon P, Gray SR, et al. Comparison of two different frailty measurements and risk of hospitalisation or death from COVID-19: findings from UK Biobank. *BMC Med*. 2020;18(1). doi:10.1186/S12916-020-01822-4.

87.

Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Heal*. 2020;5(8):e444. doi:10.1016/S2468-2667(20)30146-8.

88.

Ma Y, Hou L, Yang X, et al. The association between frailty and severe disease among COVID-19 patients aged over 60 years in China: A prospective cohort study. *BMC Med*. 2020;18(1):1-8. doi:10.1186/S12916-020-01761-0/TABLES/3.

89.

Tehrani S, Killander A, Åstrand P, Jakobsson J, Gille-Johnson P. Risk factors for death in adult COVID-19 patients: Frailty predicts fatal outcome in older patients. *Int J Infect Dis*. 2021;102:415. doi:10.1016/J.IJID.2020.10.071.

90.

Kundi H, Çetin EHÖ, Canpolat U, et al. The role of Frailty on Adverse Outcomes Among Older Patients with COVID-19. *J Infect*. 2020;81(6):944. doi:10.1016/J.JINF.2020.09.029.



91.

Shi SM, Bakaev I, Chen H, Trivison TG, Berry SD. Risk Factors, Presentation, and Course of Coronavirus Disease 2019 in a Large, Academic Long-Term Care Facility. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(10):1378. doi:10.1016/J.JAMDA.2020.08.027.

92.

Strang P, Fürst P, Schultz T. Excess deaths from COVID-19 correlate with age and socio-economic status. A database study in the Stockholm region. *Ups J Med Sci*. 2020;125(4):297. doi:10.1080/03009734.2020.1828513.

93.

Briguglio M, Giorgino R, Dell'Osso B, et al. Consequences for the Elderly After COVID-19 Isolation: FEaR (Frail Elderly amid Restrictions). *Front Psychol*. 2020;11:565052. doi:10.3389/FPSYG.2020.565052.

94.

O'caoimh R, Galluzzo L, Van Der Heyden J, et al. Frailty at Population Level: A Systematic Review Work Package: WP5 Frailty at Population Level: A Systematic Review.; 2017. <https://www.advantageja.eu/images/WP5-Frailty-at-Population-Level-a-Systematic-Review-.pdf>. Accessed May 23, 2022.

95.

O'caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso Á, et al. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. *Ann Ist Super Sanità*. 2018;54(3):226-238. doi:10.4415/ANN_18_03_10.

96.

Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, et al. Global Incidence of Frailty and Prefrailty Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8). doi:10.1001/JAMANETWORKOPEN.2019.8398.

97.

Travers J, Romero-Ortuno R, Bailey J, Cooney MT. Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. *Br J Gen Pract*. 2019;69(678):e61. doi:10.3399/BJGP18X700241.

98.

Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(8):1487-1492. doi:10.1111/J.1532-5415.2012.04054.X.

99.

Manfredi G, Midão L, Paúl C, Cena C, Duarte M, Costa E. Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(8):723-729. doi:10.1111/GGI.13689.

100.

Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(9):771. doi:10.1007/S12603-019-1273-Z.

101.

Dent E, Lien C, Lim WS, et al. The Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines for the Management of Frailty. J Am Med Dir Assoc. 2017;18(7):564-575. doi:10.1016/J.JAMDA.2017.04.018.

102.

British Geriatrics Society. Fit for Frailty: Consensus Best Practice Guidance for the Care of Older People Living in Community and Outpatient Settings. London: British Geriatrics Society; 2014. https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2018-05-23/fff_full.pdf. Accessed May 23, 2022.

103.

Aguayo GA, Donneau AF, Vaillant MT, et al. Agreement Between 35 Published Frailty Scores in the General Population. Am J Epidemiol. 2017;186(4):420. doi:10.1093/AJE/KWX061.

104.

Abbasi M, Rolfson D, Khera AS, Dabravolskaj J, Dent E, Xia L. Identification and management of frailty in the primary care setting. C Can Med Assoc J. 2018;190(38):E1134. doi:10.1503/CMAJ.171509.

105.

Pérez-Rodríguez R, Guevara-Guevara T, Moreno-Sánchez PA, et al. Monitoring and Intervention Technologies to Manage Diabetic Older Persons: The CAPACITY Case—A Pilot Study. Front Endocrinol (Lausanne). 2020;11:300. doi:10.3389/FENDO.2020.00300/BIBTEX.

106.

Pilotto A, Boi R, Petermans J. Technology in geriatrics. Age Ageing. 2018;47(6):771-774. doi:10.1093/AGEING/AFY026.

107.

Vivifrail – Exercise for elderly adults. <https://vivifrail.com/es/inicio/>. Accessed May 23, 2022.

108.

El ejercicio te cuida en casa. <https://elejerciciotecuida.com/>. Accessed May 23, 2022.

109.

En buena edad. <https://www.enbuenaedad.es/>. Accessed May 23, 2022.

110.

V A L I N T A N. <https://www.valintan.com/>. Accessed May 23, 2022.

111.

Merino-Pardo I, Martin-Lesende I, Mendibil-Crespo LI, Aguirre-Basaras N, Palazuelos-Hernández I, Saiz-Baceta J. Prioritization by patients of a series of common components in the standard comprehensive geriatric assessment in Primary Care. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2022;57(1):13-19. doi:10.1016/J.REGG.2021.05.007.

112.

Bautista HA, Perafán D, Torres C, López JH. Presentación de GeriatriApp: una app para la evaluación geriátrica integral en español. Atención Primaria. 2020;52(6):436-438. doi:10.1016/J.APRIM.2019.07.011.



113.

World Health Organization. Atención Integrada Para Las Personas Mayores (ICOPE): Guía Sobre La Evaluación y Los Esquemas de Atención Centrados En La Persona En La Atención Primaria de Salud. (World Health Organization, ed.); 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>.

114.

García-García FJ, Carnicero JA, Losa-Reyna J, et al. Frailty Trait Scale–Short Form: A Frailty Instrument for Clinical Practice. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(9):1260-1266.e2. doi:10.1016/J.JAMDA.2019.12.008.

115.

Ministerio de Sanidad. Enlaces de interés de Comunidades y Ciudades Autónomas sobre promoción de envejecimiento saludable y prevención de fragilidad y caídas. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/EnlacesInteres_CCAA.htm. Accessed June 2, 2022.

116.

Romeo Casabona CM. Tratado de Derecho y Envejecimiento. La Adaptación Del Derecho a La Nueva Longevidad. Madrid: Fundación Mutualidad Abogacía; 2021. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/justicia/Documents/2021/201021-Tratado-de-Derecho-y-envejecimiento.pdf>. Accessed May 31, 2022.

117.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>. Published 2010. Accessed May 31, 2022.

118.

Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf. Published 2015. Accessed May 31, 2022.

119.

Active and Healthy Living in the Digital World | Futurium. <https://futurium.ec.europa.eu/en/active-and-healthy-living-digital-world>. Accessed May 31, 2022.

120.

Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030). <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Published 2020. Accessed May 31, 2022.

121.

Constitución española de 1978. <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/index.htm>. Accessed May 31, 2022.

122.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>. Accessed May 31, 2022.

123.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>. Accessed May 31, 2022.

124. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>. Published 2006. Accessed May 31, 2022.

125. Dirección General del IMSERSO, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria En España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad; 2011. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>. Accessed May 31, 2022.

126. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. 2013. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632>. Accessed May 31, 2022.

127. Ministerio de Sanidad SS e, Igualdad. Estrategia de Promoción de La Salud y Prevención En El SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>. Accessed May 23, 2022.

128. Sauquillo F. Decálogo Para La Protección de Los Derechos Humanos En Pandemias. Madrid: Fundación Abogacía Española; 2021. <https://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2021/02/Decalogo-Resolucion-web.pdf>. Accessed May 31, 2022.

129. Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-4505-consolidado.pdf>. Published 2002. Accessed May 31, 2022.

130. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-13185-consolidado.pdf>. Published 2003. Accessed May 31, 2022.

131. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes Con Enfermedades Crónicas En La Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2013.

132. Bueno Dorado T, Carazo garcía M del M, Cruz Martos Á, Cruz Martos E, Larrubia Muñoz O, López Almorox A. Programa de Atención Al Mayor Polimedicado. (Consumo DG de F y PSC de S y, ed.); 2006.



133. Guía Para Personas Mayores Activas. Hacemos Ejercicio a Cualquier Edad. Salud Madrid; 2008. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009150.pdf>. Accessed June 6, 2022.

134. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273-279. doi:10.1016/J.REGG.2009.03.017.

135. Martí D, Miralles R, Llorach I, et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000;35(1):7-14.

136. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-655. doi:10.1093/GERONT/20.6.649.

137. Lobo A, Ezquerro J, Gómez-Burgada F, Sala J, Seva Díaz A. El miniexamen cognoscitivo: un «test» sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr. 1979;7:189-201.

138. González-Montalvo J, Alarcón-Alarcón M, Salgado-Alba A. Valoración del estado mental en el anciano. In: Masson, ed. Valoración Del Paciente Anciano. Barcelona; 1993:73-103.

139. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007.

140. Alonso Bouzón C, Rodríguez Laso A, Rodríguez Mañas L. ADVANTAGE, una acción conjunta para plantarle cara a la fragilidad. Rev Esp Salud Pública. 2021;95.

141. ADVANTE Consortium. Promoting Healthy Ageing through a Frailty Approach. Madrid; 2019. <https://advantageja.eu/images/FPA-Core-ADVANTAGE-doc.pdf>. Accessed May 23, 2022.

142. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. Journals Gerontol Ser A. 2007;62(7):722-727. doi:10.1093/GERONA/62.7.722.

143. García-García FJ, Carcaillon L, Fernandez-Tresguerres J, et al. A New Operational Definition of Frailty: The Frailty Trait Scale. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(5):371.e7-371.e13. doi:10.1016/J.JAMDA.2014.01.004.

144.

Project Overview | Sunfrail. <http://www.sunfrail.eu/project-overview/>. Accessed May 23, 2022.

145.

Sunfrail | Sunfrail. <http://www.sunfrail.eu/>. Accessed May 23, 2022.

146.

Sanidad M de. Hoja de ruta para el abordaje de fragilidad. 2019;7. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf.

147.

Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged african americans. J Nutr Health Aging. 2012;16(7):601. doi:10.1007/S12603-012-0084-2.

148.

Bruyere O, Cavalier E, Buckinx F, Reginster JY. Relevance of Vitamin D in the pathogenesis and therapy of frailty. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2017;20(1):26-29. doi:10.1097/MCO.0000000000000334.

149.

Ministerio de Sanidad SS e I. Consenso Sobre Prevención de Fragilidad y Caídas En El SNS Registro En La Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria. Madrid https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaídas_Registro.pdf. Accessed May 23, 2022.

150.

Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, et al. Lower Extremity Function and Subsequent Disability: Consistency Across Studies, Predictive Models, and Value of Gait Speed Alone Compared With the Short Physical Performance Battery. Journals Gerontol Ser A. 2000;55(4):M221-M231. doi:10.1093/GERONA/55.4.M221.

151.

Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizos L, Sánchez Jurado PM, García Nogueras I, Esquinas Requena JL. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. Atención Primaria. 2011;44(3):162-171. doi:10.1016/j.aprim.2011.02.007.

152.

Podsiadlo D, Richardson S. The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-148. doi:10.1111/J.1532-5415.1991.TB01616.X.

153.

Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Atienzar-Núñez P, Esquinas-Requena JL, García-Nogueras I. Association between functional assessment instruments and frailty in older adults: the FRADEA study. J Frailty Aging. 2012;1(4):162-168. doi:10.14283/JFA.2012.25.

154.

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Integral En Estilo de Vida En Atención Primaria, Vinculado Con Recursos Comunitarios En Población Adulta. Estrategia de Promoción de La Salud y Prevención En El SNS. (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, ed.). Madrid; 2015.



155.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. JNHA - J Nutr Heal Aging. 2009;13(9):782-788. doi:10.1007/S12603-009-0214-7.

156.

Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? J Nutr Heal Aging. 2006;10(6):466-485.

157.

O'mahony D, O'sullivan D, Byrne S, O'connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/ START criteria for potentially inappropriate prescribing inolder people: version 2. Age Ageing. 2015;44(2):213. doi:10.1093/AGEING/AFU145.

158.

Courel-Ibáñez J, Pallarés JG, García-Conesa S, Buendía-Romero Á, Martínez-Cava A, Izquierdo M. Supervised Exercise (Vivifrail) Protects Institutionalized Older Adults Against Severe Functional Decline After 14 Weeks of COVID Confinement. J Am Med Dir Assoc. 2021;22(1):217. doi:10.1016/J.JAMDA.2020.11.007.

159.

Inzitari M, Pérez LM, Enfedaque MB, et al. Integrated primary and geriatric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention into real life. Eur J Intern Med. 2018;56:57-63. doi:10.1016/J.EJIM.2018.07.022.

160.

Pérez Bazán LM, Enfedaque-Montes MB, Cesari M, et al. A Community Program of Integrated Care for Frail Older Adults: +AGIL Barcelona. J Nutr Health Aging. 2019;23(8):710. doi:10.1007/S12603-019-1244-4.

161.

Conlin MP, Navarro B, Espinosa Almendro JM, Rodríguez Gómez S, Cabrera-Léon A. [Health Exam for Adults Over 65 program in Andalusia: descriptive study of participants.]. Rev Esp Salud Pública. 2021;95.

162.

Espinosa Almendro JM, Rodríguez Gómez S. Examen de Salud Para Mayores de 65 Años. (Salud C de, ed.). Sevilla; 2017. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/examen-de-salud-para-mayores-de-65-anos>. Accessed May 23, 2022.

163.

Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. Jbi Database Syst Rev Implement Reports. 2018;16(1):140. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003382.

164.

Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1997;32(5):297-306.

165.

Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:130. doi:10.1186/1477-7525-10-130.

166.

Carballido A, Vaca Bermejo R, Martos S, Aláez C, Abraham MJ. Proyecto Homecare. “Modelo de Futuro: Tecnología Domiciliara Para El Apoyo de La Atención Social y Sanitaria.” (Tecnología y Salud F, Edad&Vida F, eds.). Fundación Tecnología y Salud y Fundación Edad&Vida; 2021.

167.

Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, de Oliveira V, Mazzardo O, de Campos W. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(1):76-88. doi:10.1590/1516-4446-2012-0895.

168.

Cantillo M, Lleopart T, Ezquerria S. El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Glob*. 2018;17(2):515-541. doi:10.6018/EGLOBAL.17.2.297211.

169.

Hendry A, Vanhecke E, Carriazo AM, et al. Models of Care for Frailty: A Systematic Review Models of Care for Frailty: A Systematic Review 2 EXECUTIVE SUMMARY.; 2017. <https://www.advantageja.eu/images/WP7-Models-of-Care-a-Systematic-Review.pdf>. Accessed May 23, 2022.

170.

Blancafort Alias S, Cuevas-Lara C, Martínez-Velilla N, et al. A multi-domain group-based intervention to promote physical activity, healthy nutrition and psychological wellbeing in older people with losses in intrinsic capacity: Amicope development study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5979. doi:10.3390/IJERPH18115979/S1.

171.

Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing*. 2014;43(6):744-747. doi:10.1093/AGEING/AFU138.

172.

Martín I, Gorroñogoitia A, Abizanda Soler P, Justo S. Update of the Spanish Fisterria guideline “Frail elderly people: detection and management in Primary Health Care”. What contributes and highlight. *Heal Prim Care Rev*. 2021;5:1-5. doi:10.15761/HPC.1000215.

173.

Pahor M, Kritchevsky SB, Waters DL, et al. Designing Drug Trials for Frailty: ICFSR Task Force 2018. *J Frailty Aging*. 2018;7(3):150-154. doi:10.14283/JFA.2018.20.

174.

Antón Jiménez M, Artaza Artabe I, López Trigo JA, et al. Envejecimiento y Nutrición. Pautas de Intervención Nutricional En Anciano Frágil. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014.



175.

Rubio del Peral JA, Gracia Josa MS. Suplementos proteicos en el tratamiento y prevención de la sarcopenia en ancianos. Revisión sistemática. *Gerokomos*. 2019;30(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100023. Accessed June 20, 2022.

176.

Sunfrail. Educational Model for Social and Healthcare Staff and Related Tools.; 2018. <http://www.sunfrail.eu/wp-content/uploads/2015/09/WP7-D-7.1-Educational-model-for-social-and-healthcare-staff-and-related-tools.pdf>. Accessed May 23, 2022.

177.

BOE.es - BOE-A-2006-21990 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>. Accessed May 24, 2022.

178.

Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:15-56. doi:10.1016/S0211-139X(07)75736-0.

179.

Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano J V. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil*. 2016;39(23):2347-2380. doi:10.1080/09638288.2016.1223177.

180.

Ageing: Ageism. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>. Published 2021. Accessed June 1, 2022.

181.

Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(9). doi:10.1002/14651858.CD006211.PUB3.

182.

Solomon D, Sue Brown A, Brummel-Smith K, et al. Best Paper of the 1980s: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-Making. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(10):1490-1494. doi:10.1046/J.1532-5415.2003.51471.X.



ANEXOS

A. DEFINICIONES

- **Caída:** aquel evento involuntario que precipita a una persona a una superficie a nivel inferior.
- **Capacidad funcional:** sería la combinación e interacción de la capacidad intrínseca con las características del entorno que afectan a esa capacidad, comprendiendo todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona, que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan⁴⁸. La capacidad funcional comprendería los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella³. Los ámbitos cruciales de la capacidad funcional son la movilidad, la creación y el mantenimiento de relaciones, la satisfacción de las necesidades básicas, el aprendizaje, el crecimiento, la toma de decisiones y la contribución⁹.
- **Capacidad intrínseca:** es la suma de capacidades físicas y mentales, incluyendo las psicológicas, con las que cuenta una persona³.
- **Dependencia:** es el estado permanente en el que se encuentran las personas por razones relacionadas con la edad, la enfermedad o la discapacidad. Está relacionado con la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, y requiere una ayuda y/o atención importante para realizar las actividades básicas de la vida diaria¹⁷⁷. Se considera una causa potencial de mala calidad de vida, y se asocia positivamente con la morbilidad, la mortalidad y la institucionalización¹⁷⁸.
- **Discapacidad:** deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación que afectan a cualquiera de los seis ámbitos: cognición, movilidad, cuidado personal, convivencia (interacción con otras personas), actividades vitales y participación social¹⁷⁹.
- **Edadismo:** La discriminación por motivos de edad abarca los estereotipos y la discriminación contra personas o grupos de personas debido a su edad. Puede tomar muchas formas, como actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias o políticas y prácticas institucionales que perpetúan estas creencias estereotipadas¹⁸⁰.
- **Envejecimiento activo:** proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen⁹.

Definiciones

- Envejecimiento saludable:** definido como el “proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la edad avanzada” y en el que la salud representa un “atributo fundamental y holístico que permite a las personas mayores lograr aquellas cosas que son importantes para ellas”.
- Valoración Geriátrica Integral (VGI):** Se trata de un procedimiento especializado, multidisciplinar y coordinado que evalúa las necesidades físicas, mentales, médicas y sociales de una persona mayor¹⁸¹. Se desarrolló originalmente para valorar la discapacidad antes de la aparición del concepto de fragilidad¹⁸². Basada en los resultados de la valoración se elaborará, una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida. Su centro es la valoración funcional, y ésta a su vez está considerada como la mejor manera de valorar el estado de salud de una persona mayor, más que la consideración de sus enfermedades y déficits. Además, la VGI es uno de los pilares en la valoración y manejo de la persona mayor frágil⁴⁸.
- Fragilidad:** Es una condición clínica relacionada con la edad que consiste en el deterioro progresivo de la capacidad fisiológica de varios órganos, que se caracteriza por un aumento de la susceptibilidad de un deterioro funcional desproporcionado tras la aparición de eventos estresores²⁵. Dicho de otra forma, es el aumento de la vulnerabilidad a la enfermedad y del riesgo de pérdida de la capacidad funcional que también aumenta el riesgo de muerte. Es un indicador básico de salud en las personas mayores, considerando que los cambios en el estado de salud no sólo se relacionan con la enfermedad sino también con la pérdida de la capacidad funcional, que está más relacionada con la calidad de vida y con el apoyo y los recursos que necesitará la persona¹⁶¹.
- Pre-fragilidad:** la fase inicial o intermedio de fragilidad, en el que existe un riesgo temprano pero reversible, a partir del cual se puede predecir y actuar de manera precoz para evitar y/o retrasar la conversión a fragilidad y sus consecuencias³⁶.



B. HOSPITALES POR GRUPO FUNCIONAL DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Grupo Funcional 3	H.U. 12 de Octubre
	H.U. Clínico San Carlos
	H.U. Fundación Jiménez Díaz
	H. General U. Gregorio Marañón
	H.U. La Paz – Carlos III
	H.U. de La Princesa
	H.U. Puerta de Hierro – Majadahonda
	H.U. Ramón y Cajal
Grupo Funcional 2	H. Central de la Defensa Gómez Ulla
	H.U. Fuenlabrada
	H.U. Fundación Alcorcón
	H.U. de Getafe
	H.U. Infanta Leonor
	H.U. Infanta Sofía
	H.U. Móstoles
	H.U. Príncipe de Asturias
	H.U. Rey Juan Carlos
	H.U. Severo Ochoa. Leganés
Grupo Funcional 1	H. U. Torrejón
	H. G. Villalba
	H. El Escorial
	H.U. del Henares
	H.U. Infanta Cristina
H. Apoyo	H.U. Infanta Elena -Valdemoro
	H.U. Sureste
H. Media Estancia	H.U. del Tajo
	H. C. de la Cruz Roja San José y Santa Adela
	H.U. Santa Cristina
H Monográficos de Psiquiatría	H. Guadarrama
	H. Fuenfría
	H. Virgen de la Poveda
	H.U. José Germain
	H. Dr. Rodríguez Lafora



**Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable
en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025**

Consejería de Sanidad

Dirección General de Coordinación Socio –Sanitaria

Coordina: Subdirección General de Atención y Cuidados Sociosanitarios

Textos: Subdirección General de Atención y Cuidados Sociosanitarios

Diseño de portada: Armando Patterson

Fotografías: ©Envato Elements y ©Freepik

Comunidad de Madrid

Edita: Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria

Diseño y maquetación: Metagraphic

Imprime: BOCM

Edición: septiembre/2022

Tirada: 200 ejemplares

ISBN: 978-84-451-4007-9

Depósito legal: M-22989-2022

Impreso en España – *Printed in Spain*



**Comunidad
de Madrid**

El Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025 tiene como objetivo ofrecer una respuesta coordinada, profesional y homogénea a las necesidades de las personas mayores de 65 años, en nuestra región.

Para su ejecución se han diseñado 6 líneas estratégicas destinadas a potenciar la coordinación sociosanitaria y la sensibilización sobre la longevidad saludable, fomentar hábitos para lograr un envejecimiento activo, prevenir la fragilidad, mejorar la detección, el diagnóstico y la atención integral a la persona frágil y/o con riesgo de caídas, además de impulsar la formación, investigación e innovación en este campo.

La Consejería de Sanidad con este plan plurianual pretende mejorar la calidad de vida de las personas mayores, mediante el fomento de una asistencia y cuidados sociosanitarios de calidad, centrada en las personas mayores, creando una cultura que previene y rechaza el edadismo e impulsa la participación y compromiso entre todos los agentes implicados.

En su diseño han colaborado distintas Consejerías y Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid, Asociaciones de usuarios, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Entidades Prestatarias de Servicios, Fundaciones y Universidades, todos ellos involucrados en la atención social y sanitaria a los mayores de nuestra Comunidad.



PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FRAGILIDAD Y PROMOCIÓN DE LA LONGEVIDAD SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2022-2025