

# UNIDADES DE GERIATRÍA DE ENLACE



**Comunidad  
de Madrid**

DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA  
CONSEJERÍA DE SANIDAD – COMUNIDAD DE MADRID

**Elaboración:** Grupo de Trabajo de Geriátría de Enlace. Sociedad Madrileña de Geriátría y Gerontología y Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria: Rafael Bielza Galindo<sup>1</sup>, Jesús Mateos del Noza<sup>2</sup>, Javier Martínez Peromingo<sup>3</sup>, Rocío Menéndez Colino<sup>4</sup>, Patricia Pérez Morillo<sup>5</sup>, Tania Guevara Guevara<sup>6</sup>, Rubén Darío Lovatti González<sup>7</sup>, Cristina Bermejo Boixareu<sup>8</sup>.

**Revisión:** Pedro Gil Gregorio<sup>9</sup>, Francisco Javier Gómez Pavón<sup>10</sup>, Leocadio Rodríguez Mañas<sup>11</sup>, José Antonio Serra Rexach<sup>12</sup>

**Edición:** 02/2025 V.2



---

<sup>1</sup> Coordinador del Servicio de Geriátría Hospital Universitario Infanta Sofía.

<sup>2</sup> Técnico de la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria.

<sup>3</sup> Jefe del Servicio de Geriátría de Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

<sup>4</sup> Facultativo del Servicio de Geriátría del Hospital Universitario La Paz.

<sup>5</sup> Facultativo del Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Infanta Sofía.

<sup>6</sup> Facultativo del Servicio de Geriátría Hospital Universitario de Getafe.

<sup>7</sup> Facultativo del Servicio de Geriátría Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

<sup>8</sup> Coordinadora del Servicio de Geriátría Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

<sup>9</sup> Jefe de Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Clínico San Carlos.

<sup>10</sup> Jefe de Servicio de Geriátría del Hospital Universitario Central de la Cruz Roja.

<sup>11</sup> Jefe de Servicio de Geriátría del Hospital Universitario del Getafe.

<sup>12</sup> Jefe de Servicio de Geriátría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Índice	Pág.
1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....	4
2.- POBLACIÓN DIANA .....	4
3.- OBJETO.....	5
4.- RECURSOS HUMANOS.....	5
5.- ACTIVIDAD .....	5
5.1. Mapa de residencias .....	6
5.2. Identificación de residentes en la historia clínica .....	6
5.3. Actividad ambulatoria .....	6
5.4. Actividad en el hospital.....	7
5.5. Tratamiento en Hospital de Día.....	7
5.6. Coordinación .....	7
5.7. Formación.....	7
5.8. Investigación.....	7
6.- INDICADORES .....	8
6.1- Indicadores de Actividad.....	8
6.2-Indicadores de Proceso .....	8
6.3- Indicadores de Calidad y Resultados .....	8
7. CONCLUSIONES .....	8
8. BIBLIOGRAFÍA.....	9

## 1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Las personas mayores que viven en residencias presentan frecuentemente una situación funcional de dependencia para actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognitivo, caídas, polifarmacia, incontinencia urinaria, dolor, depresión, trastornos de conducta o multimorbilidad. También destaca la alta incidencia de enfermedad de órgano avanzada y, en consecuencia, las situaciones de final de vida. Los residentes presentan, por lo tanto, una elevada complejidad clínica, tal y como se observó durante la pandemia por COVID-19. La necesidad de mejorar la coordinación entre hospitales y residencias se ha materializado en la Comunidad de Madrid con la creación de Unidades de Geriatría de Enlace (UGE) en todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid desde el 2020, así como las Unidades de Atención Primaria a Residencias (UAR), con el objetivo de mejorar en la atención sanitaria coordinada de los pacientes institucionalizados.

El Comité Científico del Adulto Mayor del Colegio de Médicos de Madrid, en su documento de posicionamiento sobre centros sociosanitarios recomienda la creación del equipo de Geriatría de Enlace hospitalario como un elemento clave en la coordinación de la atención a los pacientes mayores institucionalizados en la asistencia sanitaria. Además, desde la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, se considera que el papel de la Geriatría hospitalaria en la coordinación residencial es fundamental, porque aporta calidad a la asistencia mejorando la vida de las personas que viven en residencia y contribuye a mejorar la gestión de recursos.

Estas UGE dirigen su actividad intrahospitalaria hacia áreas de atención cruciales para estos pacientes como son su atención en los servicios de urgencias, en los servicios médicos o quirúrgicos, en las consultas externas y en los Hospitales de Día. Además, las UGE se coordinan con Atención Primaria y con las UAR, en la atención sanitaria de los mayores institucionalizados, así como en la elaboración de protocolos y proyectos asistenciales, identificación de recursos sanitarios en las residencias y estrategias de mejora. Este documento pretende describir las principales actividades y circuitos de las UGE en la Comunidad de Madrid.

## 2.- POBLACIÓN DIANA

Según el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Atención Social de la Comunidad de Madrid existen 487 residencias de mayores, con 55.333 plazas autorizadas en diciembre de 2024. Respecto al tamaño de las residencias de mayores de la región cabe destacar la importante variabilidad entre los centros contando con 224 residencias de más de 100 plazas, 134 residencias entre 50 y 100 plazas, 87 residencias con entre 25 y 49 plazas y 42 centros con menos de 25 plazas. Además, dichos centros mantienen la siguiente distribución de plazas totales: 41.339 plazas, 9.980 plazas, 3.218 plazas y 796 plazas respectivamente.

También existen diferencias respecto a la gestión de estos centros residenciales de mayores contando con 266 centros privados con prestación económica vinculada al servicio, 149 centros privados con dicha prestación y además plazas concertadas, 25 residencias gestionadas por la Agencia Madrileña de Atención Social, 29 residencias privadas, 18 de gestión indirecta y 9 privados con plazas concertadas.

El perfil de residentes atendidos más frecuentemente por las UGE es el habitual entre los usuarios de estos centros de mayores: elevada fragilidad, comorbilidad, polifarmacia, graves trastornos de conducta, delirium, deterioro funcional y/o cognitivo, caídas de repetición, así como otros síndromes geriátricos, visitas múltiples al servicio de urgencias, u hospitalizaciones y aquellos con enfermedades crónicas avanzadas.

### **3.- OBJETO**

La UGE es el dispositivo asistencial geriátrico intrahospitalario, que trabaja como interconsultor, dirigido a ofrecer coordinación y atención sanitaria especializada a personas mayores institucionalizadas, ya se encuentren en la residencia, o bien, en el Servicio de Urgencias, en Consultas, en Hospital de Día Médico o de Geriatría o en plantas de hospitalización.

El objetivo de la UGE es mejorar la calidad de la atención sanitaria de los mayores institucionalizados, optimizando el acceso a la atención hospitalaria, garantizando la continuidad asistencial, basándose en la coordinación entre las residencias, atención primaria y el hospital.

### **4.- RECURSOS HUMANOS**

Según una encuesta recientemente publicada, las unidades reportaron que disponen al menos de un facultativo, pero casi el 40% cuentan con más de uno. Más de la mitad tienen personal de enfermería y algunas unidades incluyen farmacéutico, nutricionista, trabajador social, o administrativo. La mayoría tienen un horario de lunes a viernes en turno de mañana, pero más del 30% están disponibles por las tardes, fines de semana, o 24 horas.

### **5.- ACTIVIDAD**

Según datos recientemente publicados en relación con la atención ofrecida por estas unidades en nuestra Comunidad, destaca fundamentalmente la valoración ambulatoria en diferente formato, telemática o presencial, seguida de la valoración geriátrica integral de residentes hospitalizados (69,2%), de la evaluación en los servicios de urgencias (65,4%) y la visita presencial en la residencia (53,8%). Además, destacan los siguientes motivos de atención por estas unidades: patología aguda, síndromes geriátricos, toma de decisiones y conciliación de fármacos.

A continuación, describimos las actividades de la atención realizada en estas unidades:

### 5.1. Mapa de residencias

En función de los recursos sanitarios de las residencias identificados por las UGE, se individualiza la atención y coordinación con cada centro. Además, la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología, la Dirección General de Urbanismo y la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria han realizado un mapa de residencias de la Comunidad de Madrid de acuerdo al registro oficial de la comunidad.

### 5.2. Identificación de residentes en la historia clínica

Las UGE participan en el registro de los usuarios de residencias en las historias clínicas hospitalarias mediante una alerta, que permite localizar fácilmente la residencia en dónde vive el residente.

Desde el año 2022 disponemos del Portal Sociosanitario para identificar a los usuarios de centros residenciales de mayores y discapacidad en el sistema sanitario y para facilitar una atención integral y coordinada. Esta iniciativa, no sólo beneficia a los profesionales que atienden al paciente, sino que permite explotar datos tan relevantes como son las derivaciones a urgencias, la tasa de hospitalización o el número de consultas por residencia.

### 5.3. Actividad ambulatoria

La valoración ambulatoria en diferente formato, telemática o presencial es la que más frecuentemente desarrolla estas unidades.

En el caso de las valoraciones telemáticas, permiten un contacto con la UGE y los recursos hospitalarios, sin desplazamientos, mejorando así la facilidad de la prestación sanitaria y la calidad de vida del residente. Este formato de comunicación ha permitido durante la pandemia resolver importantes dudas clínicas, facilitar trámites burocráticos, gestionar consultas de otros especialistas (telemáticas o presenciales) o servir de nexo de unión con otros especialistas.

Tras este período inicial, además de estas prestaciones, las consultas realizadas por las UGE se centran, sobre todo, en la atención de los síndromes geriátricos, como son la demencia, los trastornos de conducta o el delirium, la polifarmacia, la malnutrición, el deterioro funcional o las caídas; la asistencia a los frequentadores del servicio de urgencias; las valoraciones de pacientes tras el alta hospitalaria, o la atención de aquellos con enfermedades crónicas avanzadas. En estos pacientes el equipo realiza una Valoración Geriátrica Integral (VGI) y establece un plan de cuidados a largo plazo individualizado consensuado con el paciente, la familia y los profesionales del centro residencial.

La visita a las residencias es una valoración del paciente in-situ, y ofrece la oportunidad de evaluar desde un problema “agudo” (en forma de Hospitalización a Domicilio o Atención Geriátrica a Residencias) hasta problemas específicos del paciente mayor frágil institucionalizado, de forma análoga a como se realiza en una Consulta Externa de Geriatría, así como un contacto más estrecho con el equipo asistencial propio de la residencia, lo que se ha mostrado muy útil en la coordinación de cuidados y toma de decisiones ante pacientes complejos.

#### 5.4. Actividad en el hospital

Entre las acciones que realizan estas unidades, destacan la VGI de los pacientes institucionalizados derivados al servicio de Urgencias; la conciliación de la medicación; la coordinación del alta del paciente con el centro residencial; el seguimiento (telemático o presencial) de la evolución del paciente tras el alta y la puesta en marcha, si procede, de tratamientos de uso hospitalario. En el hospital la coordinación más frecuente es con los Servicios de Urgencias.

#### 5.5. Tratamiento en Hospital de Día

Este recurso se utiliza fundamentalmente para realizar transfusiones, tratamientos intravenosos, o para valorar pacientes con inestabilidad clínica y permite realizar ingresos programados, para evitar el paso por el servicio de urgencias.

#### 5.6. Coordinación

La coordinación de estas unidades no es sólo con las residencias, sino que se mantienen coordinados con las UAR, con Salud Pública, Cuidados Paliativos, con el resto de especialistas o servicios del hospital, con otras UGE o con la Dirección General de Coordinación Socio-Sanitaria de la Comunidad de Madrid entre otros.

#### 5.7. Formación

La formación impartida desde estas unidades a las residencias es complementaria a la realizada por otras instituciones, abarca tanto conceptos de medicina geriátrica como de cuidados. Incluye principalmente las siguientes medidas:

- Realización de programas docentes monográficos específicos dirigidos a grupos de residencias, en el propio hospital o en las residencias.
- Asistencia telemática o presencial a las sesiones clínicas y de formación continuada de los servicios de Geriatría por profesionales de residencias.
- Elaboración de protocolos clínicos y asistenciales comunes para el manejo de los problemas de salud más prevalentes, de los síndromes geriátricos y de las enfermedades más frecuentes en las personas mayores.
- Elaboración de protocolos asistenciales de actuación ante situaciones previsibles o ante problemas de salud que superan el ámbito individual.

#### 5.8. Investigación

Desde estas unidades se lideran de forma coordinada con el personal de los centros residenciales distintos estudios de investigación, en diferentes ámbitos relacionados con la realidad asistencial y los problemas derivados de la misma, dentro del campo de los Cuidados a Largo Plazo en medio residencial.

## 6.- INDICADORES

Se estipula la valoración de indicadores diseñados como factores de referencia para el control, la evolución y valoración de los procesos.

### 6.1- Indicadores de Actividad

- Número de pacientes valorados en televideomedicina.
- Número de tratamientos de uso hospitalario prescrito en residencias.
- Número de pacientes valorados en urgencias.
- Número de pacientes en seguimiento tras el alta.
- Número de pacientes valorados presencialmente en residencia.
- Número de intervenciones preventivas realizadas.

### 6.2-Indicadores de Proceso

- Estancia media hospitalaria de pacientes con origen en residencias.
- Número de fármacos retirados con la optimización del tratamiento.
- Número de protocolos clínicos y asistenciales elaborados.
- Número de horas anuales de formación.
- Porcentaje de altas con plan de cuidados post-alta coordinado con la residencia.

### 6.3- Indicadores de Calidad y Resultados

- Número de altas a residencia del Servicio de Urgencias por la UGE.
- Número de tratamientos de uso hospitalario prescrito en residencia.
- Número de estancias hospitalarias evitadas.
- Tasa de reingreso hospitalario a 30 días en pacientes de residencias hospitalizados.
- Número de pacientes con ajuste de la prescripción farmacológica.
- Grado de satisfacción de residentes y familiares con las UGEs (encuesta de calidad, número de reclamaciones y agradecimientos).
- Grado de satisfacción de los profesionales de las residencias con las UGEs.

## 7. CONCLUSIONES

Las UGE son un equipo clave en la atención sanitaria de los usuarios de residencias de mayores, por su complejidad y peculiaridades. Desde su creación se ha ido desarrollando su estructura, así como sus funciones siendo necesario este documento para establecer las actividades básicas de estas unidades. Es preciso destacar la necesidad de continuar desarrollando este modelo, mediante la colaboración entre todos los agentes implicados en este campo y grupos de trabajo específicos, incluyendo tanto profesionales sanitarios de hospitales, atención primaria, residencias, sociedades científicas y gestores, así como seguir evaluando este nuevo modelo.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo Boixareu C, Lovatti González R, Aparicio Molla S, Pérez Rodríguez P, Fernández Arana L, Gómez-Pavón J. Implantación de un programa de Geriatría de enlace coordinado con Atención Primaria en 60 centros sociosanitarios del área asistencial noroeste de la Comunidad de Madrid. *Semergen*. 2022;48(5):334-343.
2. Bermejo Boixareu C, Saavedra Quirós V, Gutiérrez Parrés B, Núñez González A, Gómez Rodrigo J. Reducción de costes mediante un programa de coordinación entre médicos de urgencias y médicos de residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(5):295-296.
3. Bielza R, Sanz J, Zambrana F, Arias E, Malmierca E, Portillo L, Thuissard IJ, Lung A, Neira M, Moral M, Andreu-Vázquez C, Esteban A, Ramírez MI, González L, Carretero G, Moreno RV, Martínez P, López J, Esteban-Ortega M, García I, Vaquero MA, Linares A, Gómez-Santana A, Gómez Cerezo J. Clinical Characteristics, Frailty, and Mortality of Residents With COVID-19 in Nursing Homes of a Region of Madrid. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(2):245-252.e2.
4. Cristofori G, González Becerra M, Sánchez Osorio LM, Gómez Pavón J. Utilidad y seguridad de los ingresos directos a una unidad hospitalaria de agudos de un servicio de geriatría valorados por atención geriátrica en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2023;58(6):101388.
5. Documento de posicionamiento sobre centros sociosanitarios. Comité científico del adulto mayor. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Disponible en: [www.icomem.es/adjuntos/adjunto\\_3043.%201690442522.pdf](http://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_3043.%201690442522.pdf). Consultado el 10 de mayo de 2024.
6. Mateos-Nozal J, Bermejo Boixareu C, Pérez-Panizo N, Hormigo Sánchez AI, Martínez Peromingo FJ. Situación y actividad de las unidades de geriatría de enlace con residencias de mayores en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2023;58(1):27-30.
7. Mateos-Nozal J, Pérez-Panizo N, Zárate Sáez CM, Vaquero-Pinto MN, RoldánPlaza C, Mejía Ramírez-Arellano MV, et al. Proactive Geriatric Comanagement of Nursing Home Patients by a New Hospital-Based Liaison Geriatric Unit: A New Model for the Future. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23(2):308–10.
8. Mateos-Nozal J, Rodríguez-Domínguez M, San Román J, Candel FJ, Villarubia N, Pérez-Panizo N, Segura E, Cuñarro JM, Mejía Ramírez-Arellano MV, Rodríguez Ramos R, Pariente-Rodríguez R, Villar LM, Ramos P, Cantón R, Cruz-Jentoft AJ, Galán JC. Factors Associated with SARS-CoV-2 Infection in Fully Vaccinated Nursing Home Residents and Workers. *Viruses*; 2024;16(2),186.
9. Matovelle P, Olivan-Blázquez B, Magallón-Botaya R, García-Sangenís A, Monfà R, Morros R, Navarro Sanmartín A, Mateos-Nozal J, Sáez Bejar C, Rodríguez Jiménez C, López Pérez E, Llor C. Antimicrobial Agent Use for Urinary Tract Infection in Long-Term Care Facilities in Spain: Results from a Retrospective Analytical Cohort Analysis. *Antibiotics*; 2024,13(2):152.
10. Menéndez-Colino R, Argentina F, de Miguel AM, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, Alarcón T, Martínez Peromingo FJ, González-Montalvo JI. La Geriatría de Enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56(3):157-165.
11. Ouslander JG, Lamb G, Tappem R, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(4): 745-753.

12. Panza F, Solfrizzi V, Lozupone M. An Old Challenge with New Promises: A Systematic Review on Comprehensive Geriatric Assessment in Long-Term Care Facilities. *Rejuvenation Res.* 2018;21(1):3-14.
13. Petermans J. The roll of the geriatrician in the organization of the health system. *Rev Med Liege* 2014;69(5-6):233-238.
14. Registro de centros de atención social. Comunidad de Madrid. Disponible en: [https://datos.comunidad.madrid/dataset/atencion\\_social\\_registro\\_centros](https://datos.comunidad.madrid/dataset/atencion_social_registro_centros). Consultado el 10 de junio de 2024.
15. Sáez-López P, Arredondo-Provecho AB. Experiencia de colaboración entre hospital y centros socio-sanitarios para la atención de pacientes con COVID-19. *Rev Esp Salud Pública.* 2021;95:e202104053.
16. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Papel de la Geriatría en la Coordinación con el medio Residencial. Disponible en: <https://www.segg.es/actualidad-segg/2020/05/04/documento-segg-papel-geriatria-en-coordinacion-medio-residencial>. Consultado el 10 de mayo de 2024. Consultado el 12 de junio de 2024.



Dirección General  
de Coordinación Socio-Sanitaria  
CONSEJERÍA DE SANIDAD