

EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS

ACTUALIZACIÓN
2025

EXAMEN de salud para mayores de 65 años
[Recurso electrónico] : actualización 2025 / [Dirección
Susana Rodríguez Gómez, Daniel Fito García; Coordinación
María del Rocío Vélez Morales, Ricardo Gil-Toresano Riego;
Equipo redactor Sandra Pinzón Pulido, Cecilia Escudero
Espinosa, Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido]. -- Sevilla :
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, 2025.

Texto electrónico (pdf), 92 p. : gráf., il. col. + 14 fichas

1. Salud del anciano. 2. Promoción de la salud. 3. Envejecimiento.
4. Planes y programas de salud. 5. Andalucía. I. Rodríguez Gómez,
Susana II. Fito García, Daniel. III. Andalucía. Consejería
de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

WT 31

Declaración de intereses:

Las personas que han participado en la autoría y revisión de este documento declaran que no existe interés económico o personal, directo o indirecto, ni ninguna situación que pueda afectar a las actuaciones y decisiones durante su proceso de elaboración.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Citar como: Rodríguez Gómez S, Fito García D, Vélez Morales MR, Gil-Toresano Riego R, Pinzón Pulido S, Escudero Espinosa C, et. al. Examen de Salud para Mayores de 65 años: actualización 2025. Sevilla: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias; 2025.

Título: Examen de salud para mayores de 65 años: actualización 2025

Edita: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. 2025.

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS

**ACTUALIZACIÓN
2025**

DIRECCIÓN

- **Susana Rodríguez Gómez.**
Subdirectora General de Cuidados y Atención Sociosanitaria.
- **Daniel Fito García.**
Subdirector de Estrategias y Planes.

COORDINACIÓN

- **María del Rocío Vélez Morales.** Jefa de Servicio de Estrategias y Planes de Salud.
- **Ricardo Gil-Toresano Riego.** Director de la Estrategia de Envejecimiento Activo.

EQUIPO REDACTOR

- **Sandra Pinzón Pulido.** Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **Cecilia Escudero Espinosa.** Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido.** PhD. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública.

ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

- **Carlos Fernández Oropesa.** Farmacéutico de Atención Primaria.
Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada.
- **Eva Cuartero Rodríguez.** Directora del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía.
- **Francisco de Borja López Casanova.** EGC Referente Provincial de Sevilla.
- **Juan Carlos Morilla Herrera.** Director UGC Residencias. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.
- **José Miguel Cerón Machado.** Médico de Familia.
Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur. Jaén.
- **Lucía Túnez Rodríguez.** Enfermera Distrito Sanitario Almería.
- **María Adoración Alba Rosales.** EGC Referente Provincial de Jaén.
EGC Distrito Sanitario Jaén.
- **María Dolores Aguilera López.** EGC Referente Provincial de Córdoba.
EGC del Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir.
- **Marta Aranda Gallardo.** Enfermera Distrito de Atención Primaria Costa del Sol.
- **Marta Bernal Sánchez Arjona.** Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria.
Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.
- **Miguel Ángel Díaz Sibaja.** Psicólogo Clínico en Unidad de Salud Mental Comunitaria.
Hospital Punta Europa de Algeciras.
- **Pablo García-Cubillana de la Cruz.** Director de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía.

CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	7
ANTECEDENTES	11
JUSTIFICACIÓN	16
● Envejecimiento de la población	16
● Hábitos de vida y condiciones de salud	17
● Deterioro cognitivo	31
● Fragilidad y dependencia	32
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	36
● Algoritmo de intervención	36
● Identificación y captación de población diana	38
● Estratificación e intervenciones	38
● Promoción de hábitos de vida saludable	39
● Vacunación	40
● Detección e intervención ante el maltrato	41
● Prevención y detección precoz del deterioro cognitivo	42
● Detección precoz e intervención ante el riesgo de fragilidad y caídas	46
● Detección precoz de fragilidad y caídas en el ámbito no sanitario	67
● Intervención en personas en situación de dependencia	68
● Seguimiento y reevaluación	70
EVALUACIÓN	72
● Indicadores para la evaluación anual del programa	73
● Indicadores de prevención y reversión de la fragilidad	77
● Promoción del envejecimiento activo y la salud cognitiva	79
● Manejo de síndromes geriátricos	85
REFERENCIAS	87



INTRODUCCIÓN



RESUMEN EJECUTIVO

El Programa “Examen de Salud para Mayores de 65 años” tiene como objetivo aumentar la esperanza de vida autónoma y en buena salud, manteniendo la independencia funcional y cognitiva a medida que se envejece.

La revisión y actualización del programa que se propone en este documento tiene como propósito recoger la evidencia generada por la Acción Conjunta ADVANTAGE y las recomendaciones de la “Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor” de 2022, para facilitar su detección precoz y abordaje en el ámbito de Atención Primaria, potenciando la coordinación con otros niveles asistenciales, con los servicios sociales y con los recursos comunitarios.

Esta revisión y actualización del programa busca además incorporar las evidencias derivadas de la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable y del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía para diseñar las intervenciones de promoción del envejecimiento activo y saludable y la promoción de la salud cognitiva en personas de 65 años o más.

Así mismo, pretende favorecer la incorporación de prácticas de buen trato a las personas mayores, e identificar de forma precoz indicadores de sospecha de trato inadecuado o maltrato en los entornos comunitario y residencial para actuar de manera preventiva.

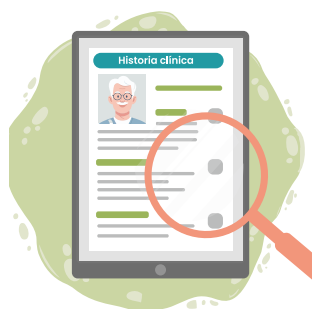
Este programa surgió en 2008 y fue actualizado en 2017 para incorporar las recomendaciones del “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2014.



El programa parte de la captación oportunista y la estratificación de las personas de 65 años o más según su capacidad funcional valorada mediante el Índice de Barthel, y su clasificación como personas autónomas, en riesgo de fragilidad o en situación de dependencia. Incluye el consejo integral sobre:

- hábitos de vida saludables.
- La vacunación.
- La promoción del buen trato y detección del maltrato.
- La promoción de la salud cognitiva.

A las personas que presenten, por iniciativa propia o a través de personas allegadas, preocupaciones relacionadas con la memoria o posibles alteraciones cognitivas, el programa ofrece la valoración del deterioro cognitivo con el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-30) y la realización de pruebas para excluir causas reversibles. En caso de confirmar la sospecha, la persona recibe atención de acuerdo con el Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo.



Para las personas de 70 años o más, el programa propone una captación oportunista tanto en el ámbito sanitario como en el comunitario, con derivación posterior al centro de salud.

La **evaluación del riesgo de fragilidad** se realiza mediante:

- La escala FRAIL, o
- La prueba de velocidad de la marcha.

La **valoración del riesgo de caídas** se emplea un cuestionario compuesto por tres preguntas clave. Si alguna de las preguntas de valoración de caídas es positiva junto a los criterios de gravedad, se determina el nivel de riesgo en tres categorías, indicando si se requiere realizar una historia de caídas y, si es necesario, una Valoración Multifactorial de Caídas (VMC). En caso de detectar riesgo de fragilidad y/o caídas, se indican intervenciones específicas en el marco de una Valoración Integral Exhaustiva. En caso de detectar riesgo de fragilidad y/o caídas, se indican intervenciones específicas en el marco de una Valoración Integral Exhaustiva.

De acuerdo con el resultado de ambas evaluaciones se establecen 4 grupos de riesgo:

- 1 **Riesgo bajo:** no frágil, riesgo bajo de caídas.
- 2 **Riesgo medio:** no frágil, riesgo bajo de caídas con alguna pregunta positiva.
- 3 **Riesgo alto:** no frágil, riesgo alto de caídas o probable frágil con riesgo bajo o medio de caídas.
- 4 **Riesgo muy alto:** probable frágil y riesgo alto de caídas.

Como resultado de esta valoración, se diseña un **Plan de Acción Personalizado** que incluye:

- Las indicaciones de ejercicio físico multicomponente.
- Recomendaciones nutricionales (incluyendo vitamina D cuando procede).
- Revisión de la medicación.
- Manejo de la multimorbilidad.
- Atención a las condiciones crónicas de salud.

El Plan de Acción Personalizado incluye, además, las intervenciones necesarias para el abordaje de condiciones de salud crónicas como la incontinencia o el dolor, o recomendaciones específicas para las personas mayores que cuidan de otras personas.

En ocasiones, puede ser necesaria una derivación a atención hospitalaria, resultando imprescindible una adecuada coordinación entre ámbitos asistenciales, con una atención integrada y centrada en la persona.

- Aquellas personas consideradas de **riesgo bajo** se evaluarán anualmente.
- Las de **riesgo medio**, en función de los factores de riesgo detectados, en torno a los 6 meses.

Las de riesgo alto y muy alto precisarán seguimientos más estrechos:

- **Riesgo alto** entre 3–6 meses.
- **Riesgo muy alto** entre 1–3 meses.

La detección del riesgo de fragilidad y caídas también puede llevarse a cabo en:

- Centros de Participación Activa.
- Centros de Día.
- Centros Residenciales de Personas Mayores.
- Farmacias comunitarias.
- Servicios Sociales Comunitarios.
- Centros de Valoración y Orientación.
- Centros de inclusión social.
- Centros de Educación Permanente.
- Asociaciones.
- Puntos Vuela (Guadalinfo).



Una vez detectado el riesgo de fragilidad y/o caídas en cualquiera de estos centros, será necesaria la derivación a Atención Primaria.



ANTECEDENTES



ANTECEDENTES

El Programa “Examen de salud para mayores de 65 años” surge en el marco del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, que establece entre sus medidas la atención a las necesidades específicas de los/as mayores de 65 años.

En 2008

El Servicio Andaluz de Salud publicó el documento “Examen de salud para mayores de 65 años”¹ con un plan de actuación que incluía:

- 1) La identificación y captación de la población objetivo.
- 2) La clasificación de las personas mayores según su grado de autonomía personal.
- 3) La valoración clínica para el despistaje de patologías prevalentes y la valoración de riesgos.
- 4) El establecimiento de las medidas de promoción y prevención primaria y secundaria.
- 5) La detección de necesidades de cuidados en personas frágiles o en situación de dependencia.

Este primer programa, además, estableció la detección de la incontinencia urinaria para el grupo de personas de 75 años o más. El documento incluyó un sistema de evaluación basado en indicadores y un plan de comunicación.

En 2011

Se publicó en Andalucía el **Libro blanco del Envejecimiento Activo**², que articuló sus actuaciones en los tres pilares propuestos por la Organización Mundial de la Salud (salud, seguridad y participación), y añadió un cuarto pilar: la formación a lo largo de toda la vida. Ese mismo año, se promulgó la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, en la que se enfatizó el interés por la salud de las personas mayores.

En 2012

La Declaración del Consejo de Europa como el **Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional**. Andalucía fue reconocida como espacio de referencia para el envejecimiento activo y saludable por parte de la Unión Europea.

En 2013

El IV Plan Andaluz de Salud propuso entre sus objetivos, aumentar la esperanza de vida en buena salud. Ese mismo año, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobó la **Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud**, con el objetivo de ganar salud y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Una de las cinco actividades priorizadas fue prevenir el deterioro funcional y promover la salud y bienestar emocional en la población mayor, potenciando la coordinación de intervenciones integrales en los ámbitos sanitario, de servicios sociales y comunitario.

En 2014

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el “**Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor**”, poniendo énfasis en la detección precoz de la fragilidad y riesgo de caída para mantener la funcionalidad en la persona mayor el mayor tiempo posible³.

En el marco del Tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 se desarrolló la **Acción Conjunta ADVANTAGE**⁴. Su objetivo fue definir una estrategia común para Europa que contribuya al abordaje homogéneo de la fragilidad, encaminada a la prevención, detección, evaluación y manejo con el fin último de promocionar el envejecimiento saludable.

En 2015

La Organización Mundial de la Salud presentó el **Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud**, en el que propuso un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional⁵.

En 2016

Andalucía fue nuevamente reconocida como **espacio de referencia para el envejecimiento activo y saludable**, con la máxima calificación. En el período 2016-2021, la Consejería de Salud en Andalucía impulsó la creación de una plataforma digital para el fomento del envejecimiento activo y saludable, aplicando el enfoque de la cuádruple hélice para involucrar a todos los agentes públicos y privados en su desarrollo⁶.

En 2017

con el objetivo de dar respuesta a la necesidad de implantación del “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” en Andalucía, y alinearse con las diferentes propuestas y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable promocionadas por la Asociación Europea para la Innovación sobre Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHA), se realizó una **revisión y actualización del programa Examen de Salud para Mayores de 65 años**⁷.

En 2019

Los **Grupos de Trabajo de prevención de fragilidad y caídas** de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (EPSP), incluyeron seis acciones a desarrollar en los siguientes años, dirigidas a convertir la fragilidad en una prioridad de salud pública y promover su abordaje a nivel poblacional e individual.

En 2020

La **pandemia de la COVID-19** causó una crisis sanitaria y social sin precedentes. Las personas mayores y, en especial las personas que vivían en centros residenciales se vieron significativamente afectadas por la alta repercusión de la COVID-19, con una afectación más grave y mayor mortalidad y un evidente deterioro de su capacidad funcional^{8,9}. Estas circunstancias, junto a la sobrecarga de los recursos asistenciales, incrementaron el riesgo de edadismo, con graves consecuencias tanto para las personas mayores como para la sociedad en general.

La fragilidad supuso un factor de riesgo para la COVID-19 y sus complicaciones graves. Se asoció a un peor pronóstico con mayor riesgo de infección severa y necesidad de ingreso hospitalario o muerte. Así mismo, la fragilidad se ha mostrado como una secuela más de la infección, agravada por el aislamiento e inactividad que padecieron las personas mayores durante este período¹⁰.

En 2021

La Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad publicó el **I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía** como documento de referencia para orientar las políticas a desarrollar por la Junta de Andalucía en este ámbito¹¹.

Este mismo año, la Organización Mundial de la Salud declaró la **Década del Envejecimiento Saludable** (2021-2030) como una oportunidad de aunar a los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado en torno a diez años de acción concertada, catalizadora y de colaboración para mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

En 2022

El Consejo Interterritorial del SNS aprobó una **Actualización del documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor**¹², proponiendo la captación activa de personas de 70 o más años, tanto en Atención Primaria, como en el ámbito comunitario o no sanitario, con derivación posterior al centro de salud.

En 2023

La Consejería de Salud y Consumo creó un grupo de trabajo para la revisión y actualización de las recomendaciones a abordar en los principales ámbitos de intervención, siguiendo las indicaciones de la **Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor**. Este mismo año, la Consejería de Salud y Consumo pone en marcha las actuaciones contempladas en el **Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía** para la promoción de la salud cognitiva y la prevención del deterioro cognitivo¹³.

En 2024

El Consejo de Gobierno aprobó la **Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía 2024-2030**, promovida por la Consejería de Salud y Consumo, a través de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la población andaluza¹⁴.

En 2025

se propuso una nueva **revisión del programa “Examen de salud para mayores de 65 años”** con el propósito de dar continuidad al objetivo de mejorar bienestar y calidad de vida en la población de mayores de 65 años, mediante la intervención activa de los Equipos de Atención Primaria para promover un envejecimiento saludable, prevenir riesgos y abordar de manera integral los problemas de salud más prevalentes en este grupo de población.



JUSTIFICACIÓN

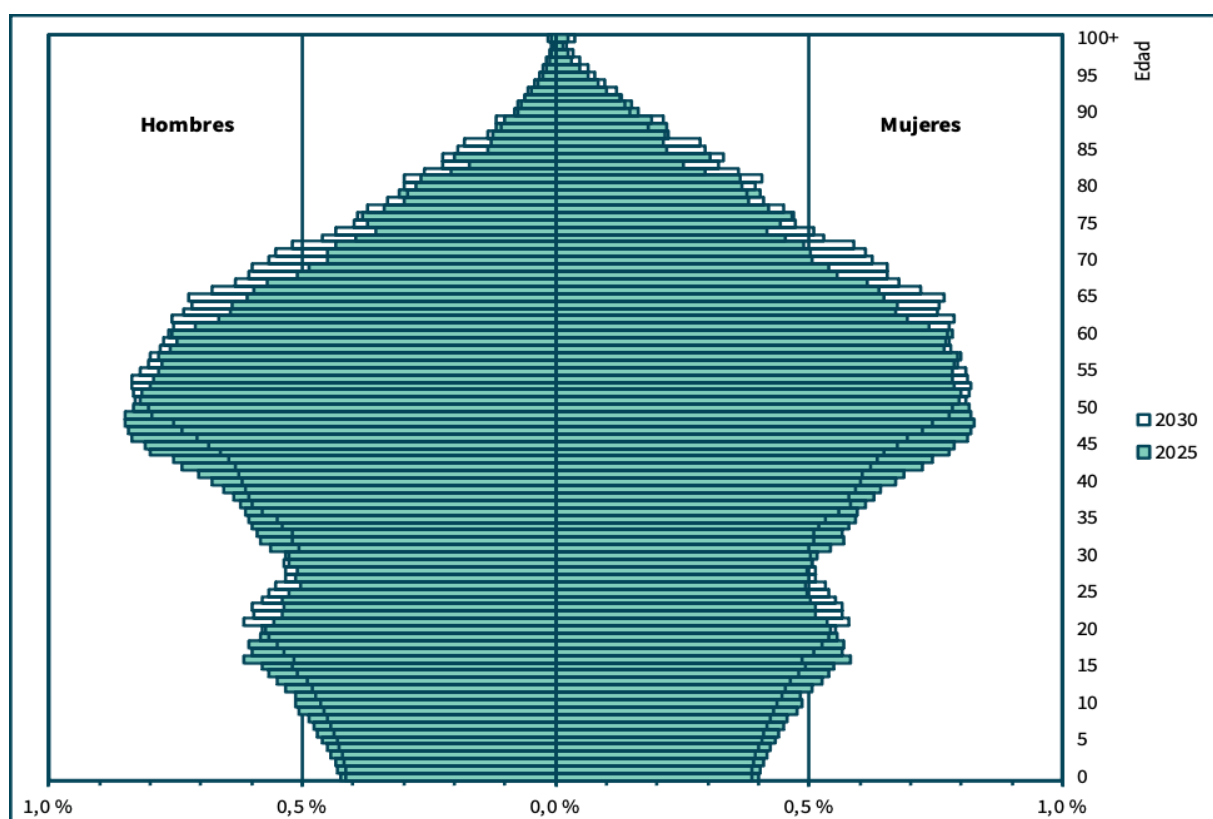


JUSTIFICACIÓN

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Andalucía muestra un progresivo envejecimiento de su población desde hace décadas. En 2025, con una población total de 8.663.175 habitantes, el 19,2% tienen 65 años o más, mostrando una estructura poblacional claramente envejecida (Figura 1).

Figura 1. Estructura de la población en Andalucía 2025-2030. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla; 2025.



En 2023, la **esperanza de vida al nacer** en Andalucía se situó en 82,5 años, mostrando su recuperación tras los efectos de la pandemia por COVID-19. Las mujeres andaluzas tienen una esperanza de vida de 85,1 años y los hombres de 79,9 años¹⁵. Por provincias, Granada y Málaga con 83 años tienen la mayor esperanza de vida, seguidas de Córdoba y Jaén con 82,7, Sevilla con 82,6, Cádiz con 82,0, y Almería y Huelva con 81,8 años¹⁶.



La **esperanza de vida a los 65 años** tuvo en 2023 el registro más alto de la serie histórica, al alcanzarse en Andalucía los 20,6 años (18,7 años, en el caso de los hombres y 22,4 años en el caso de las mujeres).

El **índice de envejecimiento** de la población andaluza en 2024 fue 132,9. Las provincias con mayor índice de envejecimiento fueron Córdoba (158,7) y Granada (142,6).

HÁBITOS DE VIDA Y CONDICIONES DE SALUD

Los datos que se describen a continuación se obtienen de la Encuesta Andaluza de Salud de 2023.

> Actividad física



El porcentaje de personas mayores de 65 años con un nivel bajo o inactivo de actividad física (IPAQ) ha descendido desde 2016, tanto en hombres como en mujeres, siendo del 33,5% de mujeres de 65 a 74 años y del 64,3% de mujeres mayores de 75 años y del 26,4% en hombres de 65 a 74 años y del 38,6% en hombres mayores de 75 años.

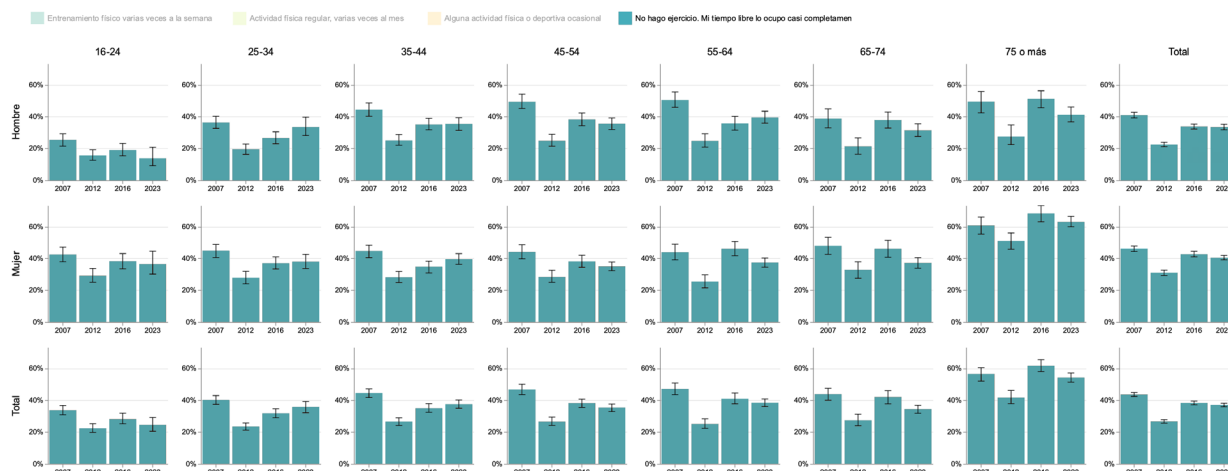
Figura 2. Población según la frecuencia e intensidad del ejercicio físico (IPAQ) por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: IPAQ_MET.

Un 34,4% de personas de 65 a 74 años no realizan ejercicio físico en su tiempo libre (37,3% de mujeres y 31,4% de hombres) mientras que este porcentaje asciende al 54,6% para las personas mayores de 75 años (63,1% de mujeres y un 41,3% de hombres).

Figura 3. Población según el tipo de ejercicio físico que realizan en su tiempo libre por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).

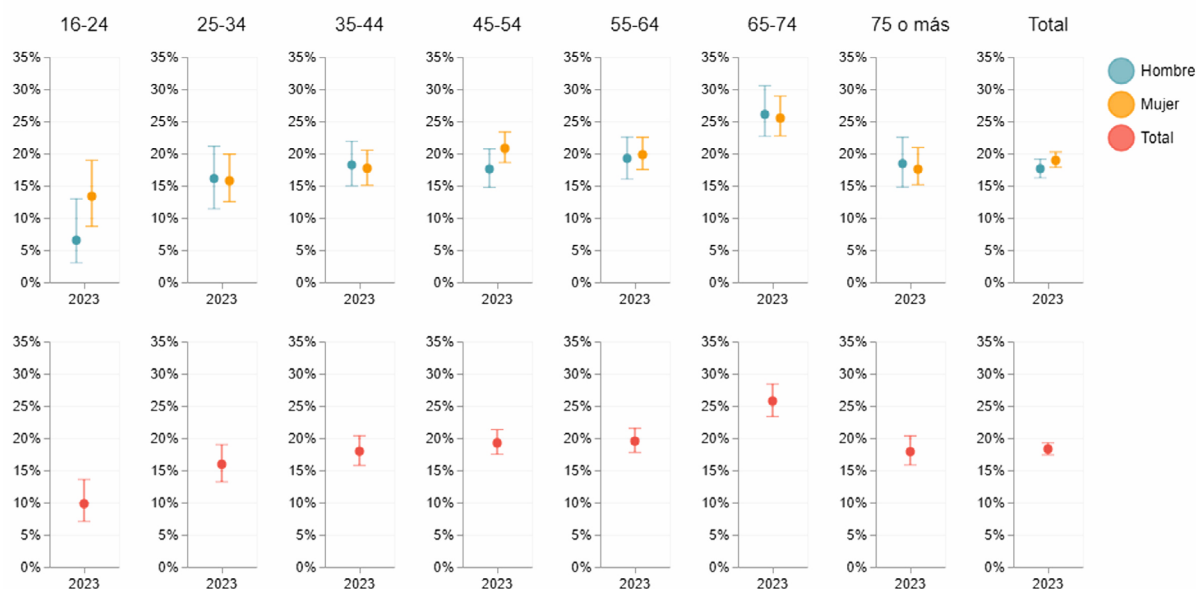


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: P34A.

> Alimentación

Un 25,8% de las personas entre 65 y 74 años muestran una alta adherencia a la dieta mediterránea mientras que este porcentaje es de 17,9% para las personas mayores de 75 años. Este indicador no muestra diferencia por sexo.

Figura 4. Población con una adherencia alta a la dieta mediterránea por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).

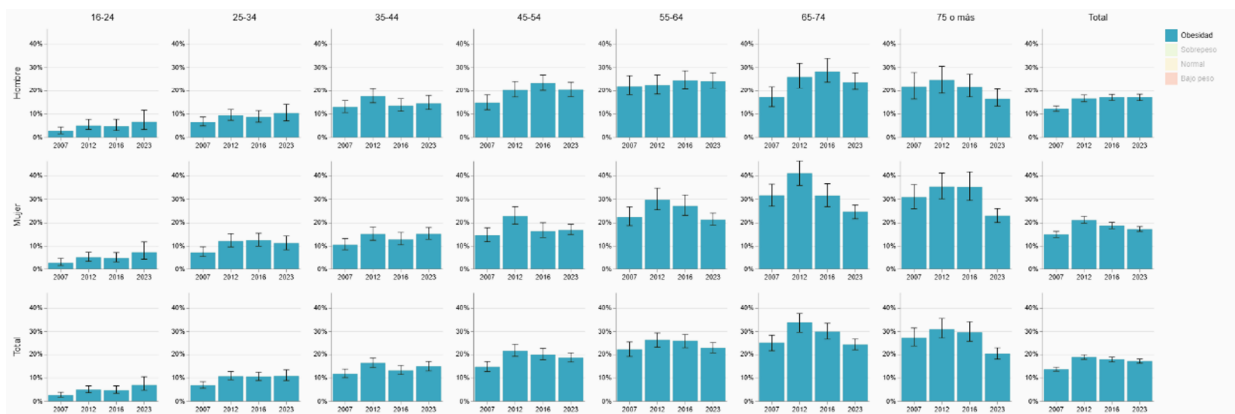


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: Predimed_R3.

> Obesidad

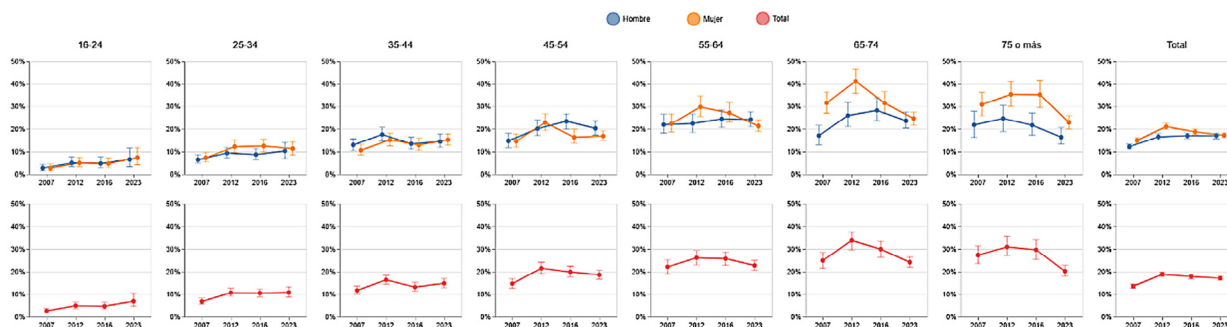
El porcentaje de personas mayores de 65 años con obesidad ha descendido desde 2016. Para las personas de 65 a 74 años este porcentaje es del 24,2% (24,6% en mujeres y 23,6% en hombres) mientras que para las personas mayores de 75 años es del 20,2% (23% en mujeres y 16,4% en hombres).

Figura 5. Población según las categorías de la OMS del Índice de Masa Corporal (IMC) por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: IMC_R.

Figura 6. Población con obesidad por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).

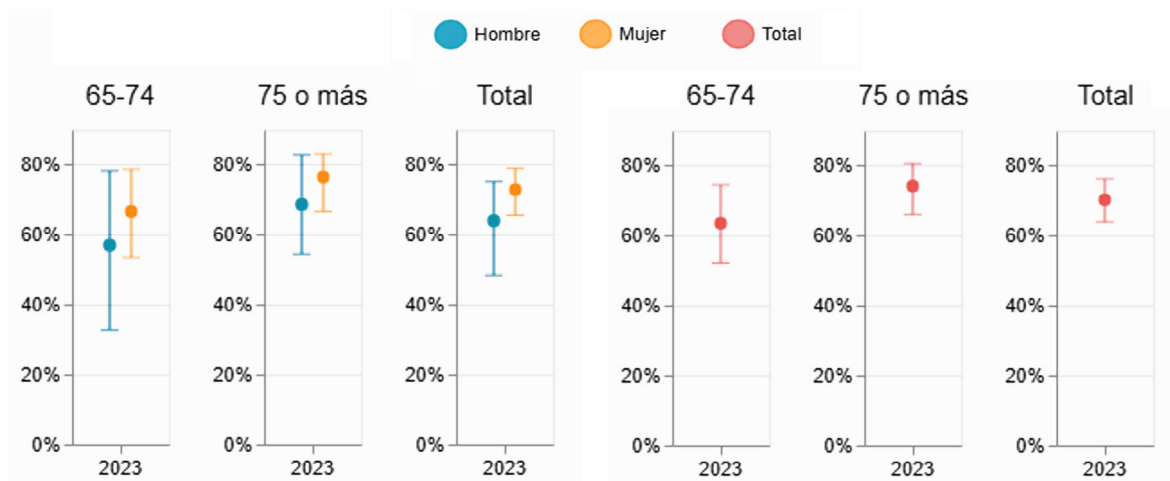


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: IMC_R2.

> Caídas/Accidentes

El 70,3% de las personas mayores de 65 años ha sufrido alguna caída que ha precisado atención sanitaria en el último año. Este porcentaje es del 63,6% en personas de 65 a 74 años mientras que para los mayores de 75 años es del 74,2%. Aunque los porcentajes son mayores en mujeres que en hombres, estos datos no muestran diferencias estadísticamente significativas por sexo.

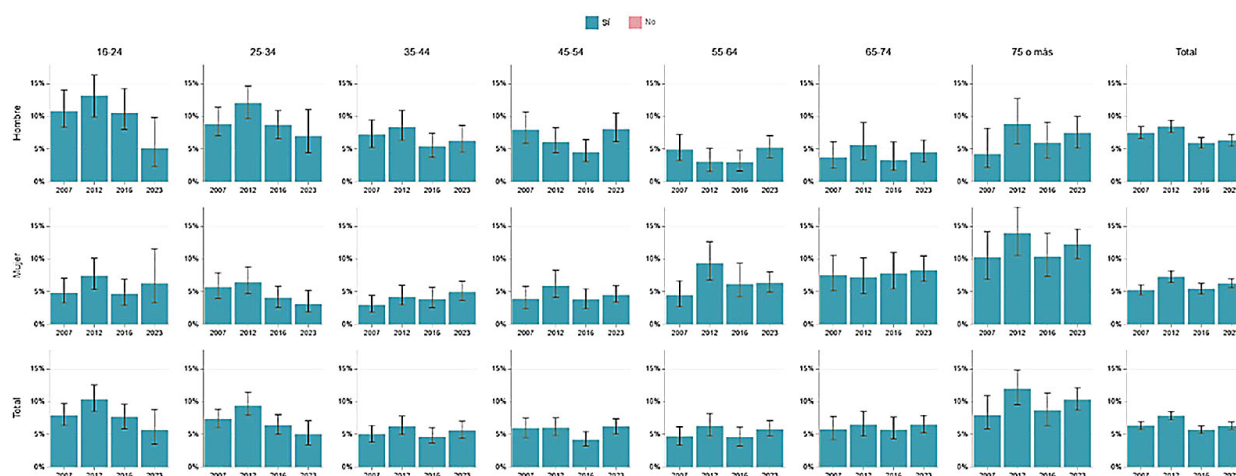
Figura 7. Población mayor de 65 años que ha sufrido alguna caída que precise atención sanitaria en el último año por edición sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: P15E_R.

Un 6,4% de las personas entre 65 y 74 años (8,2% mujeres y 4,5% de hombres) han tenido un accidente en el último año que ha causado heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal. Este porcentaje aumenta al 10,3% en mayores de 75 años (12,2% en mujeres y 7,4% en hombres).

Figura 8. Población que ha tenido accidente en el último año con lesiones que limitaron su actividad o requirieron asistencia sanitaria, según edición, sexo y edad.

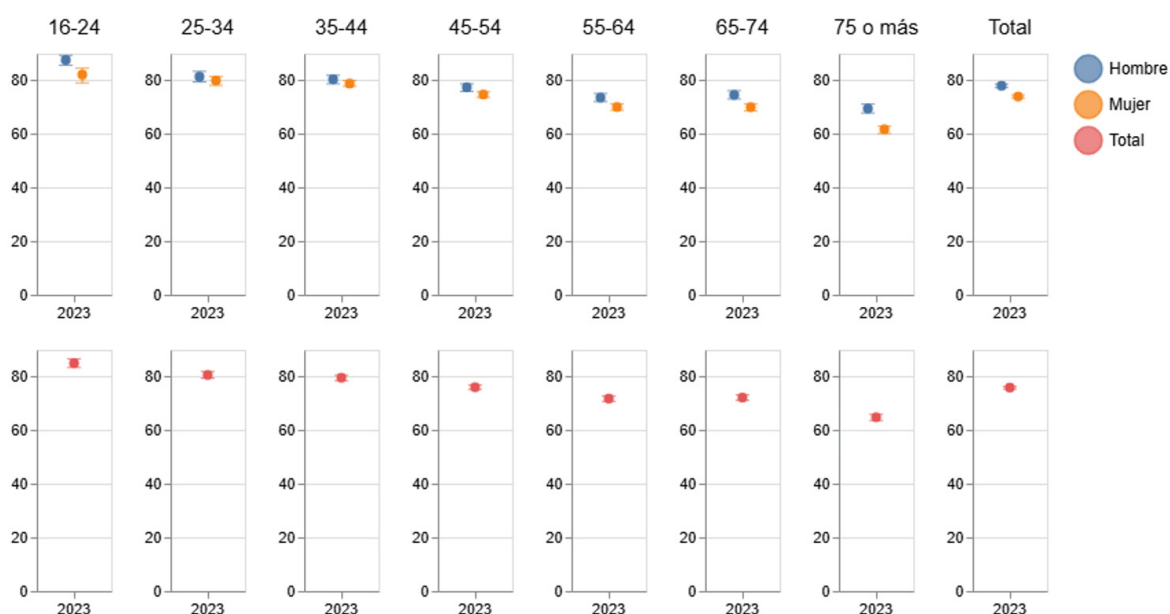


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: P15.

> Bienestar emocional

El índice de bienestar emocional (índice IBSE de 0 a 100, donde a mayor valor, mayor nivel de bienestar) es menor en mujeres que en hombres mayores de 65 años. Siendo la diferencia mayor en los mayores de 75 años (61,8 mujeres frente a 69,5 en hombres) que en las personas de 65 a 74 años (70 en mujeres frente a 74,6 en hombres).

Figura 9. Bienestar Emocional (Bericat 0-100) por edición, sexo y edad (medias e intervalos de confianza al 95%).

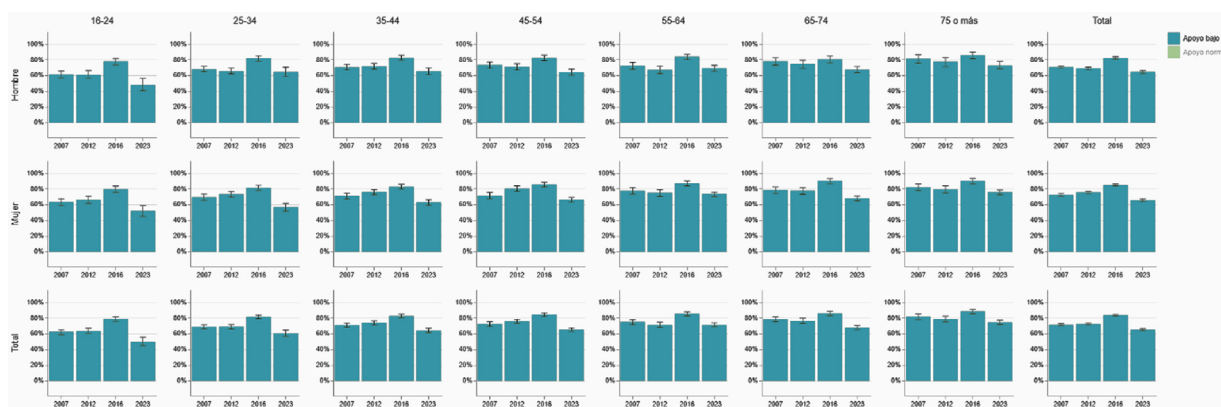


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: IBSE_100.

> Apoyo social

El porcentaje de apoyo social funcional (DUKE) ha disminuido para los mayores de 65 años respecto de 2016 tanto en hombres como en mujeres. Este porcentaje es del 67,6% para las personas entre 65 y 74 años y del 74,4% para los mayores de 75 años. No se muestran diferencias significativas por sexo.

Figura 10. Población con apoyo social funcional bajo, por encima del percentil 15 por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: P57GLOBAL_R.

Este descenso se da tanto en el apoyo social confidencial como en el apoyo social afectivo siendo el porcentaje de personas con bajo apoyo social confidencial de 66,2% en personas de entre 65 y 74 años y de 73,2% en los mayores de 75 años.

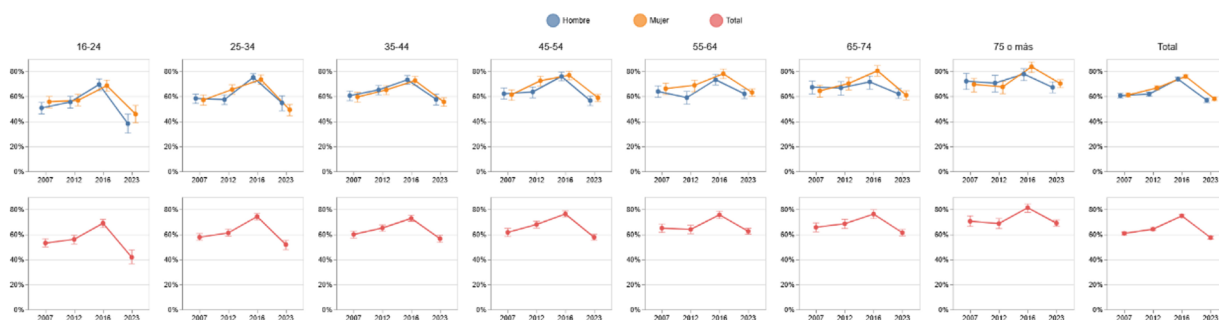
Figura 11. Población con un nivel medio-alto de Calidad de vida relativa a su salud percibida por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: P57_AC_R

El 61,6% de personas entre 65 y 74 años muestran un apoyo social afectivo bajo mientras que este porcentaje es del 69,2% para los mayores de 75 años, sin encontrar diferencias por sexo.

Figura 12. Población con apoyo afectivo bajo (Duke) por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).

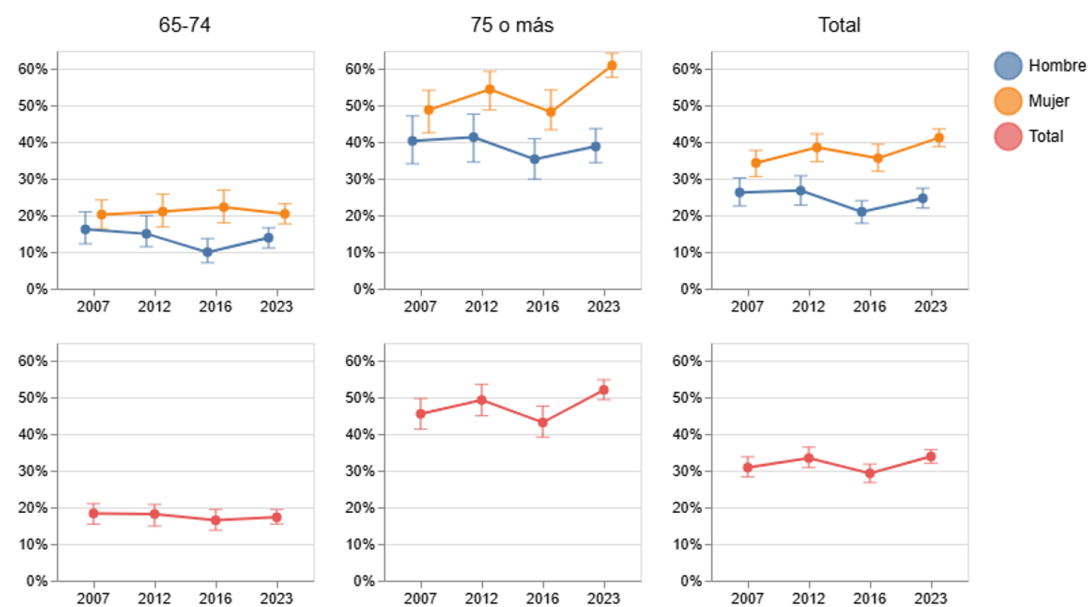


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: P57_AF_R.

> Dependencia funcional

Un 34% de la población andaluza de 65 años o más presenta algún grado de dependencia funcional instrumental, llegando este porcentaje a 52,2% si hablamos de los mayores de 75 años, observándose mayores porcentajes en mujeres que en hombres (61% en mujeres y 38,9% en hombres).

Figura 13. Población ≥ 65 años con dependencia funcional en actividades instrumentales (Lawton y Brody), por edición, sexo y edad (porcentajes e IC 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: LAWTONB_2R2.

Respecto al grado de dependencia funcional instrumental encontramos un 31,5% de mujeres mayores de 75 años con una dependencia grave o total frente a un 20,7% de hombres de la misma edad.

Figura 14. Población ≥65 años con dependencia funcional (Lawton y Brody), por edición, sexo y edad (porcentajes e IC 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: LAWTONB_2R.

Desde 2007 se observa un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años con algún tipo de dependencia funcional básica. Un 46,1% de personas mayores de 75 años muestran algún grado de dependencia funcional para las actividades básicas, siendo este porcentaje mayor en mujeres que en hombres (55,2% en mujeres y 32,4% en hombres).

Figura 15. Población ≥65 años con dependencia funcional en actividades básicas (Barthel), por edición, sexo y edad (porcentajes e IC 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: BARTHEL_R3.

Respecto a la dependencia funcional para actividades básicas severa o total, el porcentaje de mujeres mayores de 75 años es mayor que el de hombres (12,6% mujeres frente a 5,7% hombres).

Figura 16. Población ≥ 65 años con dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria (Barthel), por edición, sexo y edad (porcentajes e IC 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: BARTHEL_R.

> Vacunación de la gripe

Desde 2007 el porcentaje de personas que se han vacunado de la gripe va en aumento llegando en 2023 al 87,3% de personas mayores de 75 años. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Figura 17. Población que se ha vacunado de la gripe en la última campaña por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).

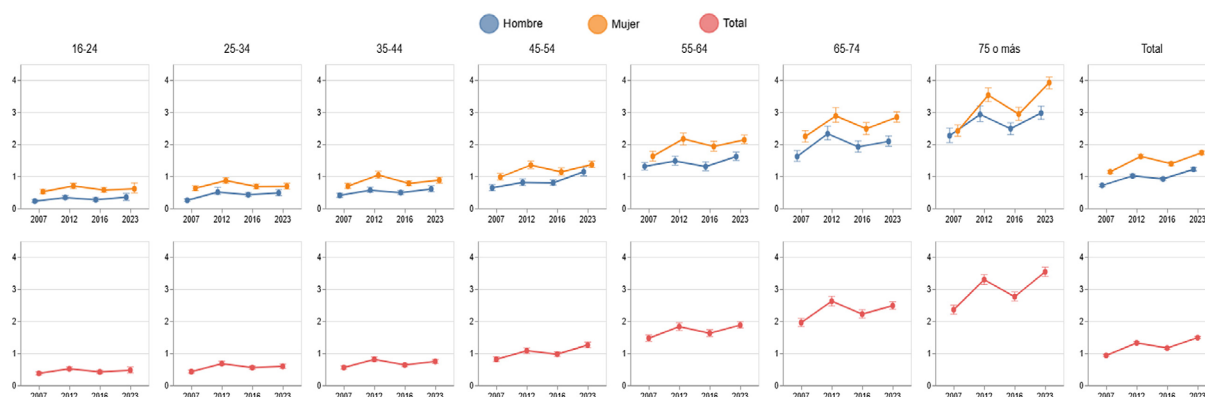


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos). Código de variable: P37.

> Medicación

El número medio de medicamentos va en aumento desde 2007 para las personas mayores de 65 años, siendo las mujeres las que toman más medicamentos que los hombres (3,9 de media en mujeres y 3 en hombres mayores de 75 años).

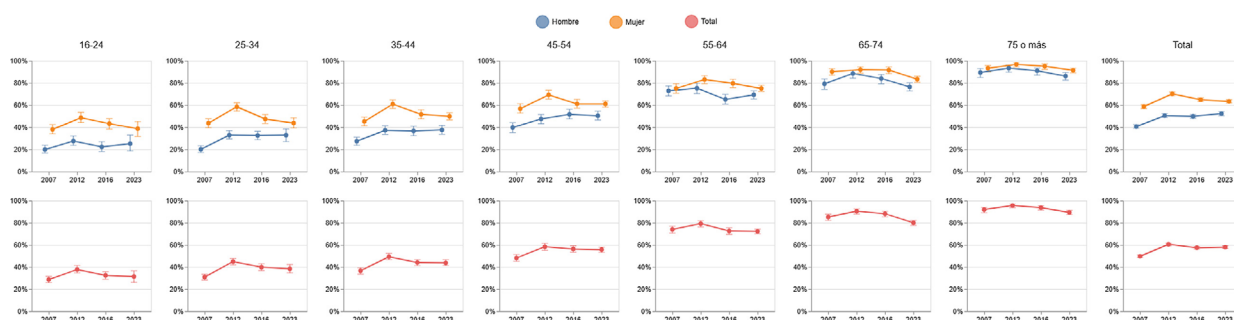
Figura 18. Población según el número de medicamentos consumidos en las últimas 2 semanas, por edición, sexo y edad (medias e IC 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: P16A_n_R.

Un 89% de los mayores de 75 años ha tomado algún medicamento en las últimas dos semanas (91,4% de mujeres y 86,1% de hombres).

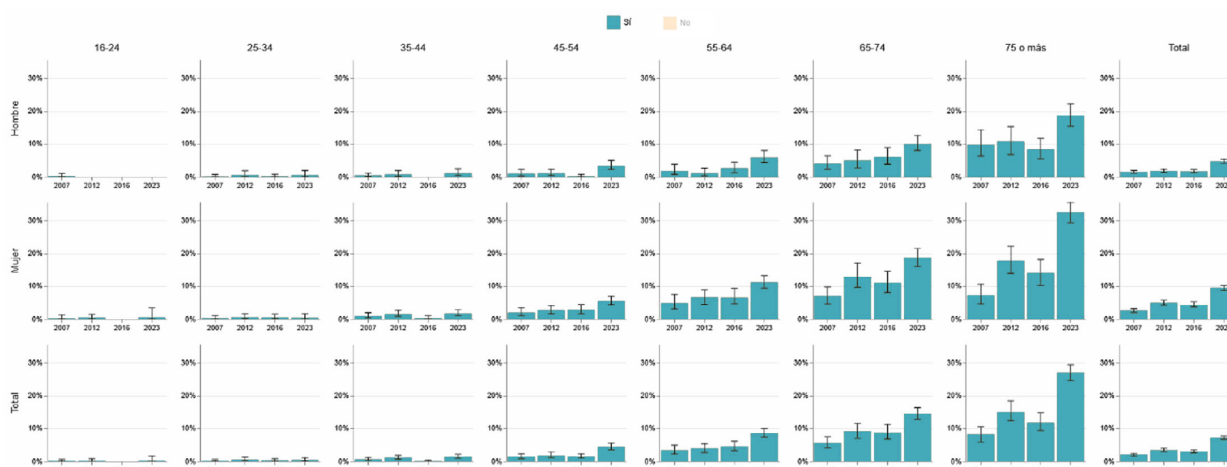
Figura 19. Población que ha utilizado algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: P16.

Un 27% de la población andaluza mayor de 75 años ha tomado en las últimas dos semanas cinco o más medicamentos, siendo este porcentaje de 32,6% en mujeres y de 18,7% en hombres.

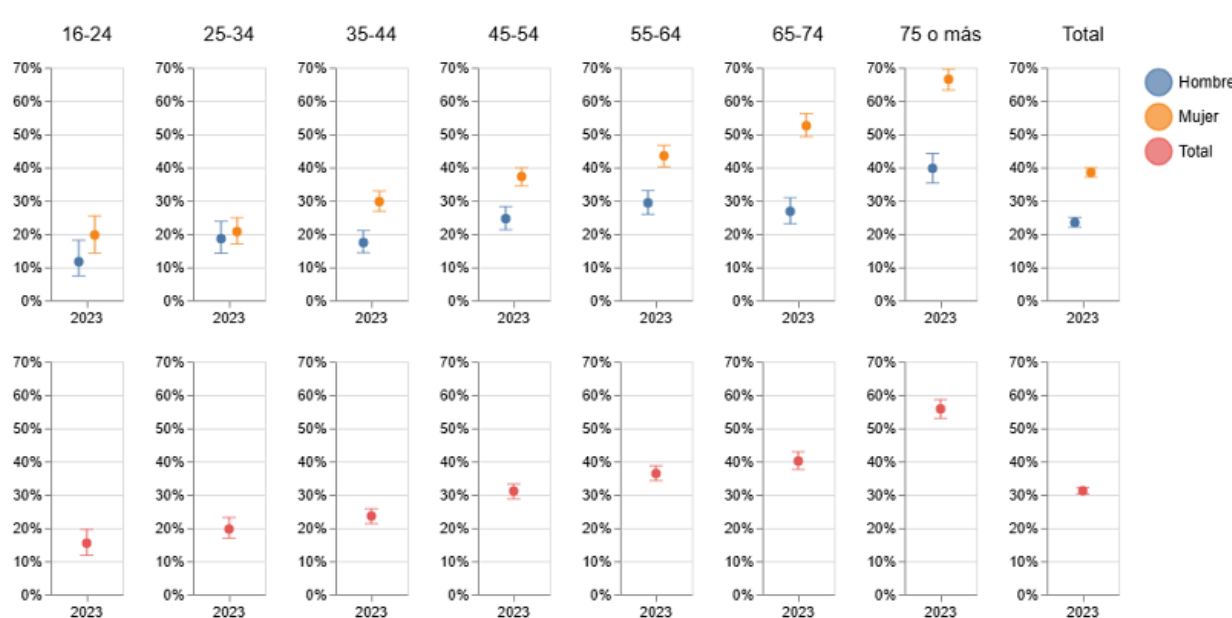
Figura 20. Población que ha consumido cinco o más medicamentos en las dos últimas semanas por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: P16A_n_R3.

Un 55,8% de las personas mayores de 75 años han tomado medicinas para el dolor en las últimas dos semanas (66,5% de mujeres y 39,7% de hombres).

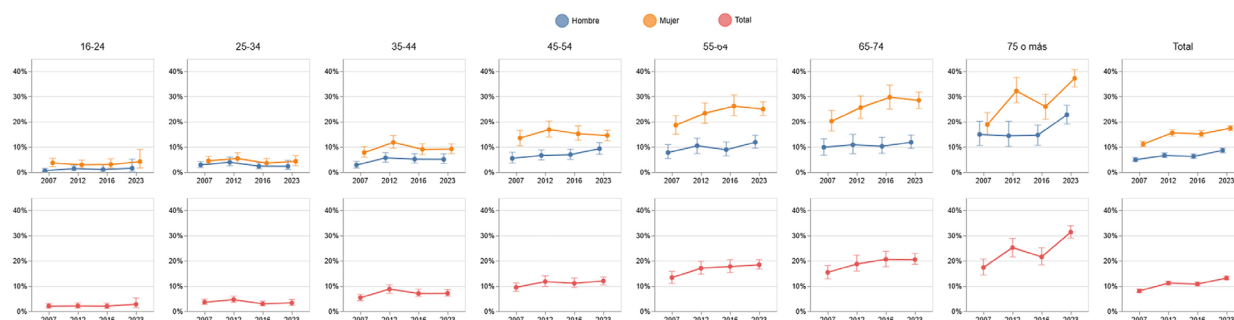
Figura 21. Población que ha consumido medicinas para el dolor en las dos últimas semanas por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: P16A_2_R3.

Se observa una tendencia creciente especialmente en mujeres mayores de 65 años en el consumo de psicofármacos en las dos últimas semanas. Este porcentaje es de 37,3% en mujeres de más de 75 años y de 22,8% en hombres.

Figura 22. Población que ha consumido algún Psicofármaco en las dos últimas semanas por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: P16A_R.

La polimedicación –definida como la toma de 5 o más medicamentos de forma continuada– tiene implicaciones en la seguridad de las personas y en los resultados en salud. Según datos del Ministerio de Sanidad, afecta al 10% de la población y aumenta fundamentalmente a partir de los 65 años.

Polimedicado: persona que consume 5 o más medicamentos crónicos a la vez.

Polimedicado severo: persona que consume 10 o más medicamentos crónicos a la vez.

Polimedicados. Distribución por edad y sexo



Polimedicados severos. Distribución por edad y sexo



Un fenómeno particular es el de la polimedicación severa –toma de 10 o más medicamentos de forma continuada– que afecta al 10% de las personas polimedicadas. Su distribución tampoco es uniforme, afectando sobre todo a la población de 80 años o más.

> Dolor crónico

Un 57% de las personas mayores de 75 años indican que sufren de dolor crónico. Este porcentaje es mayor en mujeres que en hombres. (64,9% en mujeres y 45,3% en hombres).

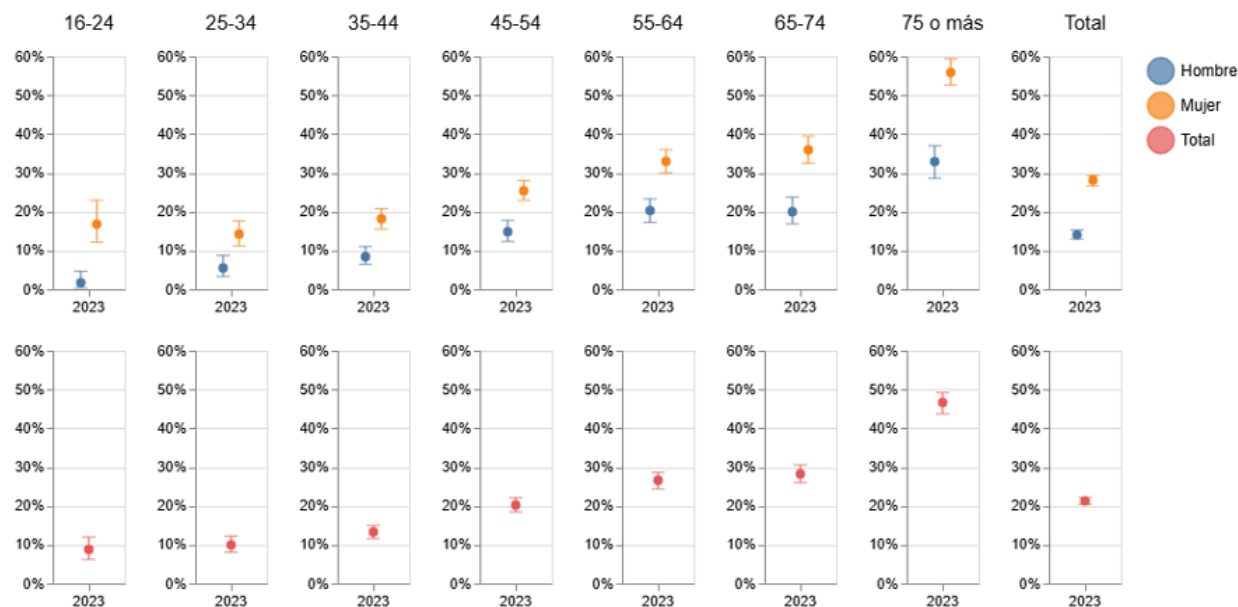
Figura 23. Población con dolor crónico (incluye otro dolor crónico) por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: DC_R.

El porcentaje de dolor crónico discapacitante es del 46,6% de los mayores de 75 años (55,8% de las mujeres y 32,9% de los hombres).

Figura 24. Población con dolor crónico discapacitante, por edición, sexo y edad (porcentajes e intervalos de confianza al 95%).



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (adultos) Código de variable: DCD_R.

> Maltrato

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato hacia las personas mayores como *"un acto único o repetido, o la falta de una respuesta apropiada, que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, y que ocurre dentro de cualquier relación en la que exista una expectativa de confianza"*¹⁷. Este puede adoptar múltiples formas, entre ellas el maltrato físico, psicológico o emocional, sexual, económico o financiero. También se considera maltrato la atención inadecuada, la negación de la dignidad personal o la vulneración de los derechos fundamentales de la persona mayor¹⁸.



El maltrato puede producirse tanto en el entorno domiciliario como en ámbitos institucionales, y con frecuencia permanece oculto, especialmente en personas con deterioro cognitivo o demencias donde puede ser más difícil su detección¹⁹.

Según la OMS, una de cada seis personas mayores de 60 años ha sufrido algún tipo de maltrato en la comunidad, lo que supone una prevalencia estimada del 15,7%²⁰. En el ámbito estatal, un estudio financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 en 2021 mostró que un 60,7% de las víctimas de maltrato eran mujeres y que el tipo de maltrato más frecuente era el psicológico (36,9% de los casos atendidos), seguido del maltrato físico (18% de los casos)²¹. Una revisión sistemática reciente indica que esta cifra podría ser aún mayor en el ámbito institucional, donde el 64,2% del personal reconoce haber ejercido algún tipo de maltrato en el último año²².

Las consecuencias del maltrato son graves y pueden incluir lesiones físicas, empeoramiento de enfermedades preexistentes, depresión, sentimientos de soledad y abandono, e incluso mortalidad prematura. Por tanto, su prevención, detección precoz y abordaje forman parte esencial de una atención centrada en la dignidad, la protección y el respeto a los derechos de las personas mayores^{23,24}.

DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo se describe como un declive subjetivo y objetivo de las habilidades cognitivas respecto a un nivel anterior, que aún no afecta la capacidad de la persona para vivir de forma independiente. El deterioro cognitivo ligero puede preceder a la demencia, aunque también se define como un estado de incertidumbre clínica. Dependiendo de los criterios utilizados, hasta el 50% de las personas con deterioro cognitivo ligero pueden permanecer estables o incluso mejorar su función cognitiva⁹. Por este motivo, el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo ligero se considera una oportunidad para la intervención temprana más que un predictor concluyente de la demencia⁹.

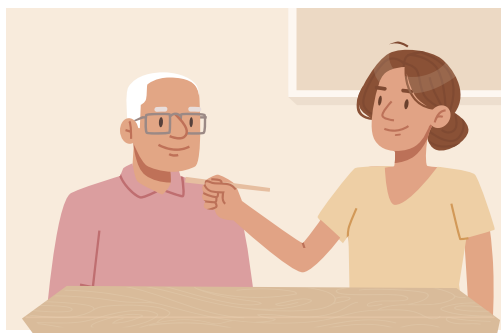
Según la evidencia científica reciente, existen al menos 14 factores de riesgo del deterioro cognitivo que son potencialmente modificables. Estos factores en personas menores de 45 años afectan a la reserva cognitiva. A partir de esta edad, influyen en el desencadenamiento de la neuropatología⁹.

Según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud, un 20,8% de las personas de 65 a 74 años en Andalucía refirieron tener dificultad para recordar o para concentrarse, lo que se puede considerar como deterioro cognitivo subjetivo. Esta queja cognitiva aumenta con la edad, alcanzando al 36,6% de la población de 75 a 84 años y al 57% de la población de 85 y más años⁸. El deterioro cognitivo subjetivo afecta a las mujeres más precozmente y es más frecuente en ellas en todas las edades, aunque las mayores diferencias por sexo se declaran en los grados más leves y tienden a igualarse a partir de los 75 años⁸.



FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA

La Acción Conjunta ADVANTAGE adoptó la definición de fragilidad como *“el 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”*. Esta definición se centra en la funcionalidad y no se focaliza en el diagnóstico de enfermedad.



La fragilidad es un factor predictor de eventos adversos como caídas, hospitalización, discapacidad y muerte, independientemente de otros parámetros como la multimorbilidad. También impacta en el manejo de enfermedades crónicas y permite identificar grupos de alto riesgo de necesitar apoyo social o dependencia.

Un estudio reciente sobre la prevalencia de fragilidad y factores asociados en personas mayores de 50 años, muestra que la prevalencia de fragilidad es menor en los hombres (8,6%) en comparación con las mujeres (11,9%) y que el factor de riesgo más frecuente en ambos sexos es el bajo nivel de actividad física. El estudio concluye que estrategias que promuevan la actividad física pueden ser efectivas para prevenir la fragilidad en ambos sexos, pero que la prevención de enfermedades crónicas como la diabetes es especialmente importante en las mujeres, dada su mayor asociación con la fragilidad²⁵.

El reto que se plantea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en su documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor es el mantenimiento de la capacidad funcional actuando sobre factores de riesgo modificables para reducir la aparición de las situaciones de discapacidad y dependencia entre las personas mayores.

La fragilidad es un **síndrome de elevada prevalencia** entre las personas mayores, que afecta a su calidad de vida y tiene un **impacto potencial sobre la sostenibilidad los sistemas de servicios sociales y sanitarios**.

La fragilidad es potencialmente reversible, especialmente en estadios tempranos, por lo que es necesario promover su detección precoz y su diagnóstico.

Teniendo en cuenta los retos derivados del envejecimiento poblacional, y en particular en el contexto generado por la pandemia de la COVID-19 es necesario reorientar el sistema para situar a la persona y al mantenimiento de su capacidad funcional en el centro de los cuidados y la atención sanitaria. El reto es fomentar el mantenimiento de la capacidad funcional limitando la aparición de discapacidad y dependencia, actuando en los factores que son modificables y, por tanto, sujetos a intervención, como la fragilidad.

La pandemia, además, puso de manifiesto que el edadismo es poco visible pero que está muy presente en la sociedad, por lo que es necesario vencer estereotipos que el coronavirus ha reforzado.

En este contexto, en Andalucía en el período de mayo de 2018 a febrero de 2020, estaban **registradas 203.077 personas** en el **programa Examen de Salud para Personas de 65 años o más**:

- Mujeres **56,4%**.
- Edad media de **76,5 años**.
- Autónomas **61,8%**.
- En riesgo de fragilidad **8,2%**.
- Frágiles **4,8%**²⁶.

La **autonomía funcional** en este grupo **disminuyó con la edad**:

- Pasando de un **87,1%** en el grupo de 65 a 69 años al **19,3%** en las personas mayores de 85 años.

Asimismo, la **situación de dependencia aumentó con la edad**:

- Pasando del **4,2%** en el grupo de 65 a 69 años al **63,6%** en el grupo de 85 años y más, doblando prácticamente su frecuencia de un grupo de edad al siguiente¹⁰.
- En el grupo de personas de 85 años o más, el **47,5%** fueron clasificados como personas en situación de dependencia.
- La fragilidad (**27,1%**) y la baja dependencia (**26,1%**) fueron ligeramente más frecuentes en el tramo de 80 a 84 años.
- El riesgo de fragilidad fue más frecuente en el grupo de 75 a 79 años (**26,3%**)¹⁰.

Seguimiento y evolución funcional

Además, se observó un cambio de categoría en la valoración funcional:

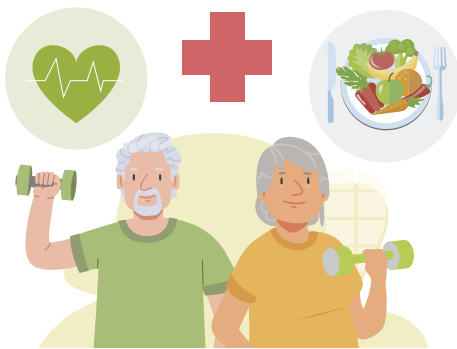
- En el **19,5%** de las personas tras el primer seguimiento.
- En el **17,7%** tras el segundo seguimiento, demostrando la mejora de su capacidad funcional¹⁰.

Evidencia de efectividad

Estos hallazgos corroboran la evidencia científica recogida en el documento de consenso, que afirma que:

La intervención sobre la fragilidad ha demostrado ser efectiva y coste-efectiva en la promoción del envejecimiento saludable.

Mediante la Valoración Geriátrica Integral, se puede realizar un plan terapéutico y de cuidados consensuado con la persona, orientado a:



- La promoción de estilos de vida
- El ejercicio físico
- La nutrición
- El manejo de la patología crónica
- La revisión de la polimedicación

Todo ello para promover la independencia funcional y prevenir eventos adversos⁷.

A nivel poblacional, de las 392.432 personas con reconocimiento de su situación de dependencia en Andalucía, 92.310 personas tienen 65 a 79 años (23,5%) y 186.855 personas tienen 80 años o más (47,6%)²⁷.



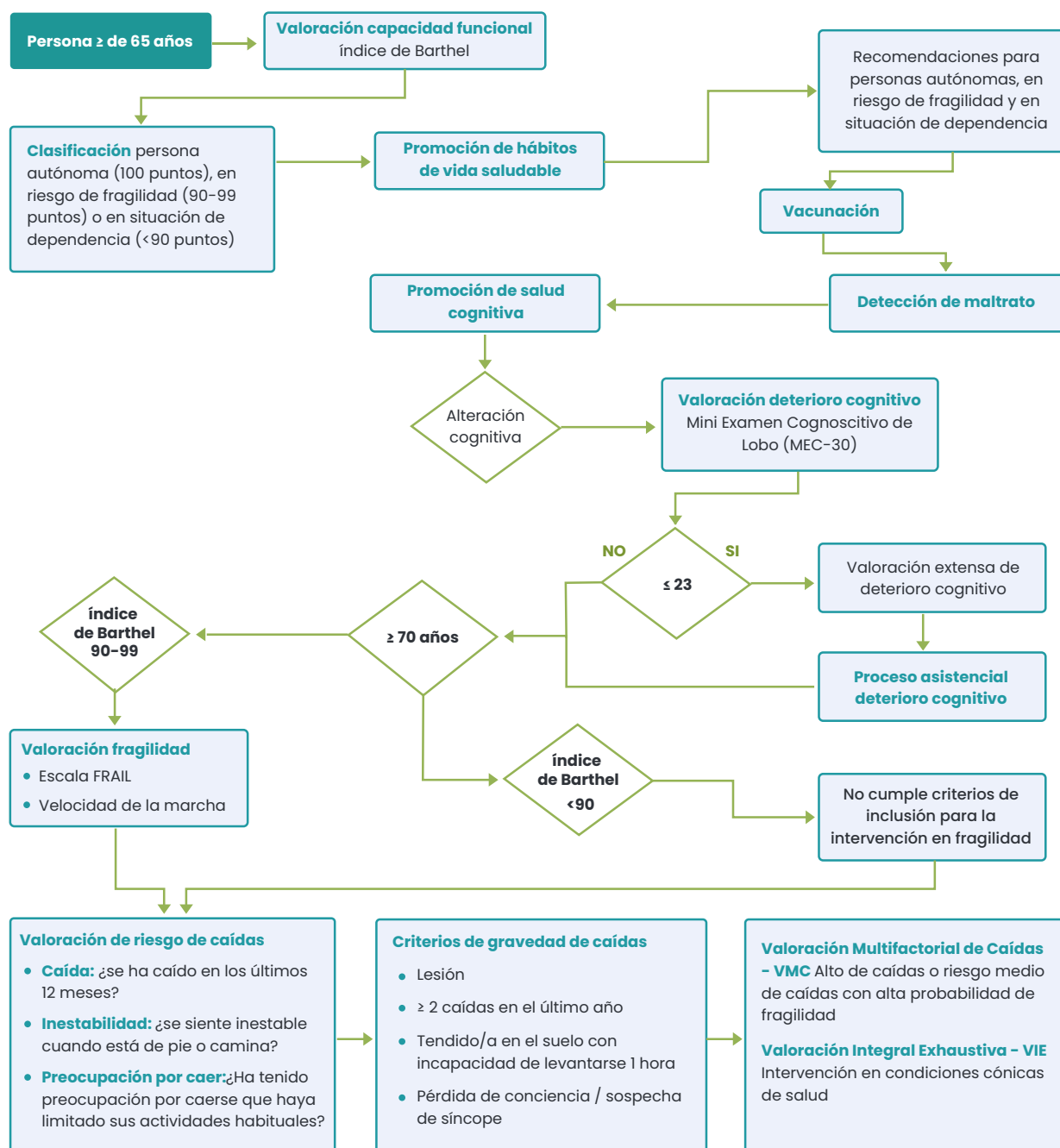


DESCRIPCIÓN



DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

ALGORITMO DE INTERVENCIÓN



El cribado del riesgo de caídas se basa en preguntar si la persona se ha caído en el último año, tiene inestabilidad o miedo a caer. Si alguna respuesta es positiva, se valoran criterios de gravedad: múltiples caídas, caída con incapacidad para levantarse en 1 hora, pérdida de conciencia o fractura/sospecha síncope.

Fragilidad	Pregunta sobre caídas (cribado)	Criterios de gravedad	Riesgo estimado de caída	Intervención recomendada
NO FRÁGIL FRAIL=0 o VM≥8	Negativa	No	Bajo	Consejo integral en estilos de vida, actividad física recomendada, seguimiento anual.
	Positiva	No	Medio	Historia de caídas, consejos de prevención, revisión ambiental y/o de medicación, seguimiento en 6 meses.
	Positiva	Sí	Alto	Historia de caídas + intervención según factores de riesgo, considerar VMC, seguimiento en 3–6 meses.
PROBABLE FRÁGIL FRAIL ≥1 o VM <0.8	Negativa	No	Alto	VIE, intervención preventiva en fragilidad, ejercicio multicomponente, seguimiento en 3–6 meses.
	Positiva	No	Alto	Intervención combinada: ejercicio, nutrición, evaluación del entorno y hogar. Considerar VMC si factores clínicos lo sugieren. Seguimiento en 3–6 meses.
	Positiva	Sí	Muy alto	VMC + intervención multidominio (VGI si procede), seguimiento en 1–3 meses.
FRÁGIL CONFIRMADO FRAIL ≥3 y VM <0.6	Negativa	No	Alto	VIE + Intervención centrada en fragilidad, ejercicio adaptado, revisión completa de medicación y entorno/hogar, seguimiento en 3–6 meses.
	Positiva	No	Muy alto	VIE + intervención personalizada, posibles apoyos sociales o comunitarios, seguimiento a 1–3 meses.
	Positiva	Sí	Muy alto	VIE + intervención intensiva, seguimiento estrecho 1–3 meses, posible derivación a geriatría o equipos especializados.

IDENTIFICACIÓN Y CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

Se considerará población diana para el desarrollo de este programa a la totalidad de la población de 65 años o más, incluida en la Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía, asignada a cada Equipo de Atención Primaria (EAP).



A partir de los censos específicos de personas de 65 años o más asignadas a los EAP se realizará la captación oportunista, tanto en el centro de salud como en el domicilio o en la comunidad. La captación de la población objetivo será oportunista, de elección en Atención Primaria por profesionales de enfermería que sistematizará las intervenciones a realizar en el programa en colaboración con profesionales de medicina y otros profesionales del EAP, que también podrán captar a la población susceptible de entrar en el programa y realizarán las intervenciones correspondientes.

Para la intervención en detección precoz e intervención en fragilidad, la población diana priorizada estará conformada por las **personas de 70 años o más con un Índice de Barthel ≥ 90** .

ESTRATIFICACIÓN E INTERVENCIONES

La capacidad funcional de las personas de 65 años o más constituye el criterio de partida para la clasificación en personas como autónomas, en riesgo de fragilidad o en situación de dependencia, que facilite la elección de intervenciones contempladas en el programa.

La capacidad funcional se evalúa a la entrada en el programa y ante cualquier circunstancia física, mental o social que pueda producir cambios, sea cual sea el intervalo de tiempo desde la valoración anterior.

La puntuación alcanzada en el índice de Barthel indicará la necesidad de aplicar pruebas específicas a fin de determinar la situación de fragilidad de la persona. La puntuación total en el Índice de Barthel oscila entre 0 y 100 puntos (o 90 si la persona utiliza silla de ruedas). Los puntos de corte para la clasificación funcional asociados a este programa son los siguientes:

- **Persona autónoma: 100 puntos.**
- **Riesgo de fragilidad: 90–99 puntos.**
- **Situación de dependencia: < 90 puntos.**

PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE



A todas las personas que entran en el Programa se les harán recomendaciones en los ámbitos priorizados por la evidencia científica para la promoción del envejecimiento saludable.

A todas ellas se les ofrecerá consejo sobre estilos de vida saludables, incluyendo actividad física adaptada según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para personas mayores de 65 años, y recomendaciones específicas para la prevención de caídas.

A todas las personas que acceden al programa se les ofrece consejo sobre estilos de vida saludables, incluyendo:

- **Actividad física adaptada** según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para personas mayores de 65 años.
- **Prevención de caídas** mediante recomendaciones específicas.

Un recurso de utilidad para este consejo está disponible en:



“Tareas de actividad física para adultos y mayores”

Instituto Andaluz del Deporte”

Las intervenciones estarán centradas en la persona, promoviendo su participación activa y considerando sus valores y preferencias. En los casos en que la persona requiera apoyos en su vida cotidiana, se incluirá la persona cuidadora principal en el proceso.

VACUNACIÓN

La vacunación constituye una de las estrategias de prevención más eficaces para reducir la carga de enfermedad, complicaciones y mortalidad asociadas a infecciones en la población mayor.

Actualmente, en Andalucía, se recomienda la vacunación sistemática frente a las siguientes enfermedades para las personas mayores de 60 años:



> Gripe estacional:

Vacunación anual para reducir el riesgo de enfermedad grave, hospitalización y mortalidad.



> COVID-19:

Dosis de recuerdo para mantener una protección adecuada, especialmente en personas inmunodeprimidas o con patologías crónicas.



> Neumococo (vacuna conjugada 20-valente):

Vacunación para prevenir neumonía y enfermedad neumocócica invasora, con especial énfasis a partir de los 75-80 años.



> Tétanos y difteria (Td):

Dosis de recuerdo para mantener la inmunidad adquirida en la infancia.



> Herpes zóster:

Vacunación indicada en personas nacidas en 1959 y 1960, por su alta carga de enfermedad y complicaciones en este grupo de edad.

Estas vacunas pueden administrarse conjuntamente, respetando las recomendaciones anatómicas y temporales, lo que facilita su incorporación en los contactos habituales con el sistema sanitario.

Más información



Además, las personas con condiciones de riesgo específicas pueden requerir **pautas o vacunas adicionales**, siguiendo las recomendaciones recogidas en Andavac (<https://www.andavac.es/>).

DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO

El maltrato hacia las personas mayores **constituye un grave problema de salud pública**, con importantes repercusiones sobre la **calidad de vida, el bienestar emocional, la capacidad funcionalidad y la mortalidad**. Se estima que una de cada seis personas mayores de 60 años sufre algún tipo de maltrato, siendo aún más elevada la prevalencia en entornos institucionales.

> Detección precoz

La detección precoz es esencial, ya que el maltrato se presenta con frecuencia de forma oculta o enmascarada, especialmente en personas con deterioro cognitivo, dependencia funcional o escasa red de apoyo social. Son principios clave en el abordaje de este problema:



- Promover el buen trato.
- Proteger la dignidad.
- Promover la autonomía.
- Garantizar los derechos fundamentales de las personas mayores.

> Valoración integral



A las personas que entran en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años se recomienda una valoración integral que incluya la identificación de factores de riesgo e indicadores de sospecha, así como la realización de una entrevista clínica en la que se valore a la persona mayor a solas y en presencia del cuidador.

Se emplearán herramientas validadas como el **índice EASI (Elder Abuse Suspicion Index)** cuando no exista deterioro cognitivo, y la **escala CASE** para la evaluación de la persona cuidadora en casos de demencia.

Ante la sospecha de maltrato, se elaborará un plan de intervención interdisciplinar adaptado a las necesidades detectadas, se coordinará con los servicios sociales y, en situaciones de alta gravedad, se activarán los protocolos de protección legal, atención de urgencia y comunicación al juzgado o fiscalía.

La confidencialidad, el respeto a la autonomía y la protección de la persona mayor deben guiar todas las actuaciones.

PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN ANTE EL DETERIORO COGNITIVO

> Definición

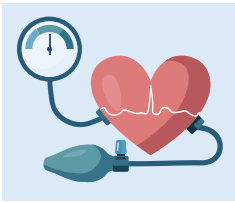
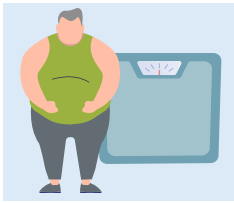
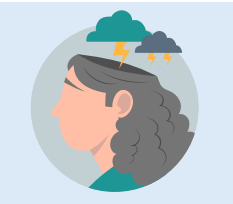
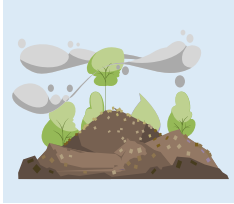
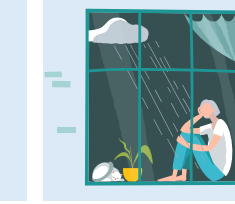
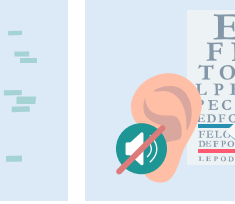
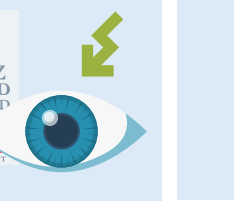
El **deterioro cognitivo ligero** se describe como un declive subjetivo y objetivo de las habilidades cognitivas respecto a un nivel anterior, **que aún no afecta la capacidad de la persona para vivir de forma independiente**²⁸.

El deterioro cognitivo ligero puede preceder a la demencia, aunque también se define como un estado de incertidumbre clínica, en la que, hasta un 50% de las personas afectadas puede permanecer estable o incluso mejorar su función cognitiva.

Por este motivo, **el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo ligero se considera una oportunidad para la intervención temprana**, más que un predictor concluyente de la demencia.

> Promoción de la salud cognitiva

La evidencia científica ha demostrado la necesidad de intervenir sobre **14 factores de riesgo** para el deterioro cognitivo:

				
Bajo nivel educativo	Pérdida de audición	Hipertensión arterial	Obesidad	Tabaquismo
				
Depresión	Diabetes	Inactividad física	Contaminación ambiental	Consumo excesivo de alcohol
				
Traumatismo craneoencefálicos	Sociabilidad reducida o aislamiento social	Disfunciones sensoriales (pérdida visual y auditiva no tratada)	Niveles alto de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) no tratado	

Estos factores son identificados como **potencialmente modificables a lo largo del ciclo vital** y representan **oportunidades clave para la prevención y reducción del riesgo de demencia**, mediante intervenciones de salud pública y cambios en el estilo de vida²⁹.

Se destaca la importancia de:



- La valoración y promoción del **bienestar emocional y social**.
- La identificación e intervención ante la **soledad o el distanciamiento social**.
- El fomento de las **relaciones sociales y la participación comunitaria**.
- El uso de **tecnologías de información y comunicación** para **promover la autonomía en el domicilio**.

Todo lo anterior contribuye a prevenir el deterioro cognitivo y a revertir la fragilidad en personas mayores.

> Detección precoz

Para la detección precoz e intervención, el **Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo** aborda la afección desde la sospecha, permitiendo el diagnóstico en fase temprana y la posibilidad de establecer actuaciones que favorezcan una atención de calidad a las personas afectadas y las personas que les cuidan, desde el inicio de la sintomatología³⁰.

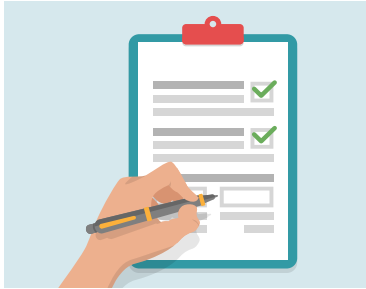
Cuando se manifiestan preocupaciones sobre la memoria o alteraciones cognitivas, ya sea por la persona misma o por su entorno, se procede a:



- **Valorar el deterioro cognitivo**, sin asumir que es propio de la edad
- **Evaluar el estado físico, funcional y psicológico** de la persona
- **Revisar el tratamiento farmacológico** y la presencia de medicamentos que puedan provocar o agravar el cuadro (fármacos anticolinérgicos, benzodiazepinas, opioides).

En las personas en las que es apropiado hacer cribado o valoración de deterioro cognitivo, **se realiza una anamnesis incluyendo síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos** y el impacto de los síntomas en la vida cotidiana de la persona y su entorno próximo.

Para la valoración cognitiva se utiliza:



Para la valoración cognitiva se utiliza el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-30). Para personas que han completado estudios primarios se considera un punto de corte de ≤ 23 para la sospecha de deterioro cognitivo. En personas que no han completado estudios primarios se sugiere el uso del Fototest.

● **El MEC-30:**

Es una prueba breve utilizada para evaluar el estado cognitivo, adaptada del Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein. El MEC-30 se enfoca en la evaluación de orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y construcción, con una **puntuación máxima de 30 puntos**. El MEC-30 no proporciona un diagnóstico por sí solo, sino que sirve como herramienta de cribado que debe complementarse con otras pruebas y evaluaciones.

● **El Fototest o Test de las Fotos:**

Es una prueba cognitiva breve diseñada para detectar el deterioro cognitivo en personas con bajo nivel educativo o incluso analfabetas. Es un instrumento rápido y sencillo que evalúa la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Los puntos de corte recomendados son **≤ 29 puntos para deterioro cognitivo³¹ y ≤ 27 puntos para demencia³²**.

● **IQCODE:**

Cuando se realice la anamnesis de una persona con sospecha de deterioro cognitivo a través de una persona allegada, se utiliza el **IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)** validado al español como Test del Informador. En este caso, **se considera deterioro cognitivo cuando la puntuación es > 85 puntos**.

> Intervención:

Si continúa la sospecha de deterioro cognitivo tras la anamnesis y las valoraciones anteriores, se realiza un examen físico, análisis de sangre y orina para excluir causas reversibles y un test cognitivo.

Si se confirma el deterioro cognitivo:

- Se gestiona una **cita en Atención Primaria**.
- Se continúa con la **valoración biopsicosocial**.
- Se establece un **Plan de Acción Personalizado (PAP)**.

Toda persona en estudio debe tener identificada una persona cuidadora, que queda registrada en su historia clínica.

Gestión de casos

La gestión de casos juega un papel relevante en el proceso asistencial, ya que existe evidencia de:



- La disminución del riesgo de institucionalización.
- La mejora de la calidad de vida.
- La reducción de la carga a la persona que cuida.

Cuando se realizan intervenciones personalizadas que incluyen el apoyo psicológico y social, y están coordinadas entre diferentes ámbitos de los servicios sociales y sanitarios^{33, 34}.

Tanto al inicio como en las renovaciones de tratamiento se actualizará y especificará el subtipo y el grado GDS-FAST (*Global Deterioration Scale-Functional Assessment Staging*) en la historia clínica.

A partir de GDS-FAST 6, se recomienda la derivación a la Enfermera Gestora de Casos (EGC).

La gestión de casos puede incorporar:

- Intervenciones personalizadas
- Coordinación entre diferentes niveles de atención
- Apoyo psicológico y social

Se realizará una reevaluación del Plan de Acción Personalizado (PAP) en una visita de seguimiento al menos una vez al año.

DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN ANTE EL RIESGO DE FRAGILIDAD Y CAÍDAS



> Definición

La fragilidad ha sido definida por la Organización Mundial de la salud y adoptada por la Acción Conjunta ADVANTAGE como *“el 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”*³⁵. Esta definición se centra en la funcionalidad y no se focaliza en el diagnóstico de enfermedad.

La fragilidad en población mayor es el mejor predictor de eventos adversos como caídas, hospitalización, discapacidad y muerte, independientemente de otros parámetros como la multimorbilidad.

> Captación

La captación de personas de 70 años o más para la valoración del riesgo de caídas y la fragilidad se realizará preferentemente desde Atención Primaria, por parte de enfermería o medicina, aprovechando cualquier contacto asistencial. Esta puede ser oportunista, al acudir la persona por cualquier motivo, o integrarse en programas ya existentes como los de atención a personas con enfermedades crónicas, vacunación o mediante seguimientos telefónicos estructurados si no es posible la atención presencial.

Además, debe valorarse siempre que haya una caída, independientemente de si ya se realizó una evaluación previa, y en cualquier situación que implique un cambio significativo en la capacidad funcional de la persona, como ingresos hospitalarios o descompensaciones de enfermedades crónicas.

> Valoración de fragilidad

Paso 1 – Valorar autonomía funcional

Mediante la aplicación del Índice de Barthel



- **Puntuación Inferior a 90:** Si la persona obtiene una puntuación inferior a 90, no cumple los criterios de inclusión en la intervención sobre fragilidad, aunque sí se valora el riesgo de caídas.
- **Puntuación igual o superior a 90:** se valora la fragilidad mediante pruebas la **escala FRAIL** o la **prueba de Velocidad de la Marcha**.

Estas valoraciones se deben realizar no solo en la evaluación inicial, sino también siempre que haya un cambio significativo en la capacidad funcional de la persona, o tras eventos importantes de salud como ingresos hospitalarios, agudización de enfermedades crónicas o nuevas caídas. En los casos que lo requieran, se contempla la derivación a Atención Hospitalaria.

Paso 2 – Valorar fragilidad

Opción A – Escala FRAIL³⁶. Incluida como recomendación en ADVANTAGE⁴



- Puede completarse en menos de dos minutos presencialmente o por teléfono y no precisa disponer de espacio para su realización.
- **Evalúa:** fatiga, resistencia, deambulación, multimorbilidad y pérdida de peso.

En la Escala FRAIL, la presencia de cada ítem se valora con 1 punto y se obtiene la suma.
- **Puntuación de 1 o más puntos:** se considera indicativa de sospecha de fragilidad, lo que justifica la valoración del riesgo de caídas en Atención Primaria.

Nota: La bibliografía reciente indica que un punto de corte de 3 o más presenta baja sensibilidad para detectar fragilidad, por lo que el consenso del Ministerio de Sanidad recomienda emplear 1 o más puntos como umbral para la sospecha.

Opción B – Prueba de Velocidad de la Marcha (VM) sobre 4 metros³⁷

- La prueba de Velocidad de la Marcha (VM) sobre 4 metros identifica con alta probabilidad de fragilidad a personas con $VM < 0,8 \text{ m/s}$.



Nota: Aunque se recomienda realizarla en 6 metros, existe evidencia científica que respalda su uso en 4 metros, lo que facilita su aplicación en Atención Primaria ante las limitaciones de espacio en los centros de salud.

> Valoración del riesgo de caídas

La valoración de riesgo de caídas y la intervención se llevarán a cabo siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Sanidad en el documento de consenso³ son la siguiente secuencia:

Valoración del riesgo de caídas

- 1 **Caída:** ¿Se ha caído en los últimos 12 meses?
- 2 **Inestabilidad:** ¿se siente inestable cuando está de pie o camina?
- 3 **Preocupación por caer:** ¿Ha tenido preocupación por caerse que haya limitado sus actividades habituales?

Si se ha caído, se deben aplicar los siguientes criterios de gravedad:

- **Lesión suficientemente severa** como para visitar un centro sanitario.
- **≥ 2 caídas** último año.
- Tendido/a en suelo con **incapacidad de levantarse 1 hora**.
- **Pérdida de consciencia** y/o sospecha de síncope.



Tras esta valoración la persona será considerada como de **riesgo bajo de caídas** (cuando haya contestado negativamente a todas las preguntas o positivamente a alguna de ellas, pero no presente criterios de gravedad), ó de **riesgo alto de caídas** (cuando conteste positivamente a alguna de las preguntas y además presente criterios de gravedad).

En personas no frágiles

Riesgo bajo de caídas

Si responde negativamente a todas las preguntas, o hay alguna respuesta positiva sin criterios de gravedad.

Riesgo alto de caídas

Si hay alguna respuesta positiva con criterios de gravedad.

En caso de alta probabilidad de fragilidad:

Riesgo bajo de caídas

Si todas las respuestas son negativas.

Riesgo medio de caídas

Si hay alguna respuesta positiva, pero sin criterios de gravedad añadidos.

Riesgo alto de caídas

Si hay alguna respuesta positiva con criterios de gravedad, además de la fragilidad.

En todas aquellas personas que han tenido una caída es fundamental realizar una **historia de caídas y una exploración de la marcha y equilibrio**. En la historia de caídas se deben explorar las siguientes dimensiones y registrarlas en el **Gestor de Informes**:

Registro de una caída

- Fecha y hora del suceso.
- Quienes presenciaron la caída: nadie, un familiar, personal sanitario, otros (quienes).
- Consecuencias inmediatas observadas.
- Tiempo (horas) desde la última comida.
- Tiempo (horas) desde la última medicación.
- ¿Estaba de pie? Si, No, N/S.
- ¿Estaba caminando? Si, No, N/S.
- ¿Estaba realizando una actividad habitual? Si, No, N/S.
- Detalle el tipo de actividad.
- Tipo de calzado en el momento de la caída.
- ¿Intentaba alcanzar algo por encima o por debajo de su cabeza? Si, No, N/S.
- Detalle la situación.
- ¿Brillaba el suelo? Si, No, N/S.
- ¿Estaba el suelo resbaladizo por presencia de líquido? Si, No, N/S.
- Tipo de caída: caída, casi caída.

Caída: Cualquier episodio en el que una persona acabe de forma imprevista o intencionada, en un nivel más bajo o en el suelo, cuando estaba de pie, o desde una silla, el inodoro o la cama.

Casi caída: caída que no llega a consumarse por la razón que sea, pero que podría haberlo sido en otras circunstancias o lugar.

VALORACIÓN MULTIFACTORIAL DE CAÍDAS

1. MOVILIDAD	
Equilibrio	Valoración con componentes de equilibrio, marcha y fuerza del Short Physical Performance Battery (SPPB).
Marcha	Test de Velocidad de la Marcha.
Fuerza Muscular	Test de levantarse de la silla (componente fuerza SPPB)
Preocupación por caerse	Short FES. Si está indicado, evaluar ansiedad y considerar derivar a un/a especialista.
Calzado y revisión de los pies	Valoración de calzado adecuado, preguntar si anda descalzo/a.
Apoyos a la marcha	Valoración de problemas osteoarticulares y de las deformidades de los pies. Si factores de riesgo, valorar consulta a podología.
2. DOMINIO SENSORIAL	
Mareo/función vestibular	Historia clínica. Valorar derivar a otorrinolaringología.
Visión	Pregunta sobre pérdida visión, y valorar el uso apropiado de gafas (incluyendo multi-bifocales). Si está indicado derivar a oftalmología u optometría.
Audición	Test susurro/audiometría[160]. Si está indicado derivar a otorrinolaringología o audiología.
3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
Actividades básicas vida diaria	Índice de Barthel
Actividades instrumentales vida diaria	Test de Lawton y Brody
4. FUNCIÓN COGNITIVA	
Cognición	Herramientas MEC o foto test
Delirium	Test para la evaluación del delirium 4- A o Confusion Assessment Method (CAM). En caso de delirium se recomienda evaluar la causa, tratarla y hacer una evaluación más profunda.

5. FUNCIÓN AUTONÓMICA

Hipotensión ortostática	Medir la presión arterial primero en decúbito supino (después de un mínimo de 5 minutos de reposo en cama) y repetidamente al ponerse de pie. Preferiblemente de forma continua, o alternativamente en intervalos de 1 minuto hasta un mínimo de 3 minutos y óptimamente 5 minutos, verificando si hay síntomas
Incontinencia	Historia clínica. Test Sandvik. Diario miccional. Test de Calidad de Vida I-QQL.

6. VALORACIÓN DE ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Enfermedad cardiovascular	Historia clínica y exploración física centrada en síntomas cardiovasculares, medición de la hipotensión ortostática. Electrocardiograma de 12 derivaciones. Toma de pulso para valoración de frecuencia cardíaca (FC) y fibrilación auricular (FA). Considerar derivación a cardiología o especialista en síncope para pruebas adicionales (mesa basculante, masaje carotídeo, monitorización ambulatoria del ritmo y/o monitorización de la presión sanguínea).
En ausencia de anormalidades en la evaluación inicial, no se precisa más evaluación, a no ser que se sospeche síncope.	Evaluar los problemas de movilidad (bradicinesia, rigidez muscular, alteraciones de la marcha y el equilibrio, fuerza). Incluir valoración: congelación marcha, cognición e hipotensión ortostática.
En caso de caídas inexplicadas la evaluación cardiovascular debe ser la misma que para síncope, junto a la evaluación multifactorial de caídas.	Hacer despistaje de depresión con el test PHQ-9
Otras enfermedades asociadas o presentación atípica de enfermedades	Revisión de la historia clínica. Evaluar la posible presentación atípica de diabetes mellitus, artrosis, artritis, trastornos neurológicos, anemia, trastornos electrolíticos, enfermedades tiroideas, enfermedades respiratorias, neuropatía periférica, ictus y otras enfermedades neurológicas, amputación o prótesis, dolor lumbar, de miembros inferiores, fragilidad, sarcopenia (incluida obesidad sarcopénica), riesgo de fracturas (osteoporosis).

Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas)	Herramienta AUDIT-C
7. OPTIMIZACIÓN FARMACOLÓGICA	
Medicación	Realizar una revisión estructurada de fármacos que aumenten riesgo de caídas. Herramienta STOPP/START y STOPP-Pal
8. HISTORIA NUTRICIONAL	
Valoración nutricional	Despistaje malnutrición MNA-SF, EAT-10 (disfagia).
Vitamina D	Determinar la vitamina D en personas mayores que viven en la comunidad. No está indicada en personas institucionalizadas y su suplementación puede estar justificada al considerarse de alto riesgo.
9. VALORACIÓN RIESGOS AMBIENTALES	
Riesgos ambientales	Lista de comprobación sobre los principales riesgos de caídas en el hogar y recomendaciones para solucionar los problemas detectados.
10. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR	
Riesgo social	Escala de valoración sociofamiliar TSO, Escala Gijón, Escala de apoyo social MOS

Fuente: Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor (2025). Madrid; 2025.

ADEMÁS, SE REALIZARÁ UNA VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA (VIE)

DESCRIPCIÓN	DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
Valoración integral	Se realizará una valoración clínica, funcional y de la fragilidad, cognitiva, afectiva y sociofamiliar.	
	Valoración clínica	● Anamnesis: Antecedentes personales, estilo de vida incluyendo hábitos tóxicos, actividad física, y alimentación, enfermedades crónicas, antecedentes de ingresos hospitalarios en el último año y en caso afirmativo, la presencia de delirium durante la hospitalización. Síntomas actuales. ● Exploración física: Exploración física, antropométrica y de constantes vitales sistematizada. Medición del peso, la talla, índice de masa corporal y el perímetro braquial, en caso de personas inmovilizadas. ● Pruebas complementarias: Registro de las determinaciones o, en su defecto, solicitud de pruebas analíticas necesarias para el cálculo pronóstico y petición de pruebas complementarias.
	Valoración funcional	Valoración funcional (Índice de Barthel).
	Valoración de fragilidad y caídas	Valoración de la fragilidad (Test de Velocidad de la Marcha y Escala FRIL).
	Valoración cognitiva	Valoración del deterioro cognitivo (MMSE).
Valoración pronóstica	Valoración del área afectiva	Para las personas que presenten una sintomatología compatible con ansiedad o depresión se realizará un cribado inicial. Si es positivo, realizar evaluación complementaria.
	● Evaluación del pronóstico vital mediante el uso del índice PROFUND. ● En personas sin ingresos hospitalarios en los últimos tres meses valorar con el PROFUND-AP. ● En personas con enfermedad oncológica y en trayectoria de final de vida valorar con el índice PALIAR.	

Valoración farmacológica	• Evaluar la adecuación mediante los criterios STOPP–START. • En personas con Índice Profund mayor de 11, valorar la posibilidad de desprescripción utilizando STOPP–PAL. • Evaluar fármacos asociados a riesgo de caídas STOP–Falls. • Evaluar adherencia al tratamiento.
Valoración de la autogestión y activación	• Evaluación de la participación e implicación de las personas o de las personas que cuidan con su propia salud, con la organización y con el uso de los diferentes servicios sanitarios. • Evaluación de la autogestión incluyendo las dimensiones relacionadas con la persona, la familia y la personas que cuidan.
Valoración de preferencias y valores	• Valoración de las preferencias y valores de la persona y de las personas que cuidan contextualizadas en el marco de la gestión de su propia salud. • Las preferencias y valores de la persona se deberán tener en cuenta en toda intervención sanitaria, especialmente en farmacoterapia (por ejemplo en anticoagulación o desprescripción de fármacos), exploraciones invasivas (endoscopia para la detección de anemia), medidas de soporte (sonda de alimentación, ventilación mecánica), recursos sanitarios (ingreso hospitalario, ingreso en unidad de cuidados intensivos), recursos sociales (institucionalización). • Asegurar que la persona comprende los beneficios y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas. Utilizar los instrumentos de ayuda a la toma de decisiones. • Valoración espiritual, en situaciones de final de vida. Considerar diferencias culturales respecto a la espiritualidad.

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE FRAGILIDAD Y RIESGO DE CAÍDAS

En base a la evaluación de fragilidad y riesgo de caídas se clasifica a la persona en alguno de los siguientes 4 grupos de riesgo: bajo, medio, alto y muy alto.

GRUPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN	EVALUACIÓN
Riesgo bajo	Personas no frágiles con riesgo bajo de caídas.	No se precisa una valoración específica de fragilidad o caídas.
Riesgo medio	Personas no frágiles con riesgo bajo de caídas, pero que han respondido positivamente a alguna de las preguntas de cribado.	
	Si se han caído	Se debe realizar una historia específica de caídas.
	Si no se han caído, pero tienen inestabilidad y/o preocupación por caerse	Se realizará una evaluación de estas en AP, con corrección de los problemas detectados, y si no es factible valorar derivación.
Riesgo alto	Personas no frágiles con alto riesgo de caídas	Valoración Multifactorial de Caídas (VMC)
	Personas con alta probabilidad de fragilidad y riesgo bajo de caídas	Valoración Integral Exhaustiva (VIE)
	Personas con alta probabilidad de fragilidad y riesgo medio de caídas	VMC y VIE
Riesgo muy alto	Personas con alta probabilidad de fragilidad y riesgo alto de caídas	VMC y VIE y en algunos casos plantear derivación.

La intervención personalizada ante las situaciones de fragilidad y riesgo de caídas debe ser consensuada con la persona y poner especial énfasis en los siguientes ámbitos:

- Programas de ejercicio físico multicomponente.
- Recomendaciones nutricionales.
- Revisión y adecuación de la medicación
- Manejo de la multimorbilidad y síndromes geriátricos detectados.
- Y derivación a Atención Hospitalaria.

Las intervenciones basadas en la evidencia en las personas mayores con alto riesgo de caídas que se pueden realizar en los distintos entornos se pueden ver en la tabla siguiente.

	Entorno comunitario Atención Primaria	Entorno hospitalario	Entorno residencial
Intervenciones multidominio	● Basadas en la VMC	● A todas las personas mayores hospitalizadas. Basadas en la VMC.	● Uso sistemático de una herramienta multidominio de apoyo a la toma de decisiones y aplicación de medidas de prevención de caídas.
Ejercicio físico	● Ejercicio que incluya equilibrio y ejercicios funcionales, progresivos en intensidad durante al menos 12 semanas ● EFMC con inclusión de Taichi y ejercicio de fuerza individualizado ● Tras fractura de cadera ejercicios individualizados y progresivos para mejorar la movilidad como estrategia de prevención caídas.	● Estimular a las personas a mantenerse activas durante su estancia en el hospital evitando el sedentarismo. ● Buscar oportunidades para fomentar una actividad física que tenga en cuenta el riesgo de caídas de la persona, como ejercicios equilibrio, coordinación, fuerza y potencia. ● Tras fractura de cadera ejercicios individualizados y progresivos para mejorar la movilidad como estrategia de prevención de caídas.	● Ejercicio Físico Multicomponente
Revisión de la medicación	● Revisión de medicación y deprescripción de medicamentos que aumentan el riesgo de caída	● Considerar la posibilidad de realizar los ajustes oportunos en los medicamentos de la persona para reducir el riesgo de caídas.	● Revisión de medicación adaptada a VIE como parte del enfoque de toma de decisiones compartida.
Intervenciones cardiovasculares	● Manejo de la hipotensión ortostática. ● Las intervenciones para los trastornos cardiovasculares identificados durante la VMC deben ser las mismas que para las afecciones similares asociadas al síncope.		

Modificaciones del entorno	• Considerar capacidades y comportamientos de la persona mayor. • Realizarla por profesional sanitario entrenado.		
Intervención sobre la preocupación de caer	• Ejercicio físico, terapia cognitivo-conductual y/o terapia ocupacional. (como parte de un abordaje multidisciplinar)		
Intervenciones nutricionales	• No administrar rutinariamente vitamina D. • Considerar la suplementación diaria de 800-1000 UI en personas con deficiencia.		• Optimización nutricional con alimentos ricos en calcio y proteínas • Suplementación con vitamina D.
Intervenciones quirúrgicas	• Derivación a Oftalmología si hay problema visual secundario a cataratas. • Si hay caídas con una causa inexplicable investigar la posible hipersensibilidad cardio-inhibitoria del seno carotídeo y considerar la estimulación cardíaca si está indicada.		
Intervenciones educativas		• Educación individualizada en todas las personas mayores hospitalizadas.	
Restricciones físicas			• No utilizar las restricciones físicas como medida de prevención de caídas.

Programas de ejercicio físico multicomponente

La prescripción de programas de ejercicio físico, preferiblemente multicomponente, ha demostrado ser eficaz para prevenir y gestionar la fragilidad y caídas, incluso sobre las más graves.

Estos programas de ejercicio físico multicomponente deben incluir, entrenamientos con diferentes ejercicios secuenciales, como:



Fuerza muscular



Resistencia aeróbica



Equilibrio



Flexibilidad

Las intervenciones de ejercicio multicomponente que incluyen tareas cognitivas mejoran significativamente las características de la fragilidad (baja masa corporal, fuerza, movilidad, nivel de actividad física y energía) y la función cognitiva, previniendo así las caídas y optimizando la capacidad funcional durante el envejecimiento.



El empoderamiento de la persona es crucial; comprender los niveles previos de actividad física, las preferencias, el equipo disponible y el contexto social, como la accesibilidad y las sensibilidades culturales/étnicas, ayuda a adaptar el programa para mejorar la adherencia y el disfrute.

El programa debe realizarse, preferentemente, en el medio comunitario, con los recursos que la zona disponga (centros de mayores, polideportivos u otros centros deportivos, etc.).

La motivación y adherencia a la actividad física se ve reforzada al impulsar su realización con apoyo social, como por ejemplo fomentar la realización en grupo o involucrando a personas cuidadoras, familiares o amistades.

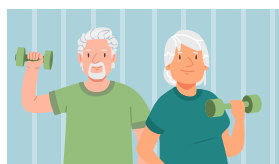
También es posible realizarlo en el domicilio mediante la asistencia de profesionales de forma presencial o autoguiado con la ayuda de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), teleasistencia o telemonitorización o con la colaboración del entorno de la persona, con la ayuda de materiales imprimibles o audiovisuales para facilitar la realización del mismo e incluso en medio hospitalario o residencial.

La motivación y adherencia a la actividad física se ve reforzada al impulsar su realización con apoyo social, como por ejemplo fomentar la realización en grupo o involucrando a personas cuidadoras, familiares o amistades.



También es posible realizarlo en el domicilio mediante la asistencia de profesionales de forma presencial o autoguiado con la ayuda de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), teleasistencia o telemonitorización o con la colaboración del entorno de la persona, con la ayuda de materiales imprimibles o audiovisuales para facilitar la realización del mismo e incluso en medio hospitalario o residencial.

Específicamente para la prevención de fragilidad se recomienda el entrenamiento de resistencia, ejercicios de equilibrio, entrenamiento de la marcha y ejercicio multicomponente, teniendo en cuenta que:



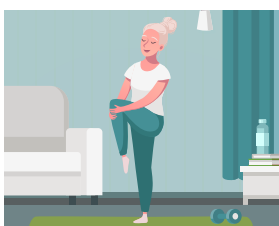
● **Entrenamiento de resistencia y potencia:**

Debe ser **2-3 veces por semana**, combinando acciones musculares rápidas y lentas, con una **intensidad de 40-80%** según el máximo de una repetición.



● **Ejercicios funcionales:**

Simular **acciones cotidianas**, como por ejemplo, levantarse de la silla.



● **Ejercicios de equilibrio y marcha:**

Deben progresar en complejidad: caminando en línea, de pie en tándem, de pie sobre una pierna, caminar con talón-punta.

Específicamente para la prevención y abordaje de las caídas, debe proponerse un programa supervisado de ejercicio físico multicomponente, que incorpore entrenamiento de fuerza, potencia, marcha y equilibrio, lo que mejora la movilidad y reduce las caídas, agregando entrenamiento aeróbico cuando sea posible.

Priorizar el entrenamiento funcional con énfasis en el equilibrio y prevención de caídas, proponiendo ejercicios que simulen actividades cotidianas, como estar de pie, caminar y cargar objetos, con el objetivo de mejorar la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, promueve una mayor independencia y mejora la calidad de vida.

Se deben incluir ejercicios que desafíen y mejoren el equilibrio, la coordinación y la propiocepción para reducir el riesgo de caídas y promover la independencia en la movilidad. Algunas consideraciones para la prescripción:

- Se ha demostrado que los programas de ejercicios multicomponente que combinan entrenamiento de resistencia progresivo, equilibrio más ejercicios funcionales como transferirse de una silla y usar escalones, los programas que incluyen ejercicios de equilibrio y funcionales o una intervención de ejercicios alternativa como Tai Chi, reducen las caídas en comparación con el grupo control en personas mayores en un 20–40%. El tipo de Tai Chi que demuestra resultados más eficaces frente a los otros tipos es la forma simplificada de 24 movimientos o la forma de 24 de Pekín.
- Los efectos de los programas que implican principalmente ejercicios de resistencia (sin ejercicios de equilibrio y funcionales) como los programas de danza o reentrenamiento de la marcha siguen teniendo resultados inciertos.
- La eficacia de los programas se reduce cuando se incluye caminar en los programas de prevención de caídas, y se ha demostrado que caminar por sí solo aumenta el riesgo de fracturas en mujeres osteoporóticas en comparación con los controles. Esto contrasta con la reducción significativa del 25% en las fracturas lograda con otras modalidades de ejercicio.
- Los programas que incorporan una dosis más alta de ejercicio, categorizada en tres horas por semana, y que se dirigen al equilibrio o la función han demostrado una reducción significativa del 42% en la tasa de caídas.

El desafío ya no es definir las modalidades de ejercicio efectivas para la prevención de caídas, sino más bien desarrollar estrategias para lograr y mantener la adherencia a largo plazo a las intervenciones basadas en evidencia, ya que el ejercicio para la prevención de caídas debe continuar durante toda la vida en personas de alto riesgo.

Se recomienda ofrecer a personas con Enfermedad de Parkinson en estadios precoces y medios y con deterioro cognitivo leve o ninguno, programas de ejercicio individualizados que incluyan entrenamiento en equilibrio y resistencia. Se recomienda ofrecer ejercicio, centrado en equilibrio y fuerza, a personas en fase compleja de la enfermedad si está disponible supervisión por un profesional de fisioterapia o profesional cualificado.

En aquellas personas que han tenido una fractura de cadera se recomienda participar en programas de ejercicio individualizados y progresivos para mejorar la movilidad (ej. levantarse, equilibrio, caminar, subir escaleras), condicionalmente se recomienda comenzar en el hospital y continuar en la comunidad.

A las personas con deterioro cognitivo leve y demencia leve a moderada se les recomienda participar en programas de ejercicio para prevenir caídas, si lo desean y son capaces de hacerlo.

Se recomienda que las personas tras un ictus participen en programas de ejercicio individualizados para mejorar equilibrio, fuerza y marcha.

Uno de los programas de promoción de ejercicio físico multicomponente es VIVIFRAIL, referente internacional de intervención comunitaria y hospitalaria para la prevención de la fragilidad y las caídas en personas mayores³⁸. Una adaptación del programa VIVIFRAIL está incluida en DIRAYA y en el PAP. Los distintos pasaportes de ejercicio se pueden descargar desde el apartado de hábitos de vida, al valorar la actividad física en personas de 65 años o más. También están disponibles en la Intervención avanzada sobre Hábitos Saludables (IAHS), al realizar la valoración inicial.



Recomendaciones de ejercicio físico según el nivel de autonomía.

Disponibles en DIRAYA (apartado Hábitos de Vida) y también con acceso externo en la web www.miguiadesalud.es. [Descarga aquí](#)

Recomendaciones nutricionales



La Valoración nutricional incluye:

- Valoración del riesgo de desnutrición con el **MNA-SF**^{39,40}, seguida de una valoración completa con el **Mini Nutritional Assessment (MNA)**[®].
- Cribado de disfagia con el **Eating Assessment Tool (EAT-10)**⁴¹.
- Valoración de sarcopenia con el **Strength, Ambulation, Rising from a Chair, Stair Climbing and History of Falling (SARC-F)**⁴².

Las recomendaciones sobre una adecuada alimentación se basan en indicadores de buena calidad de la dieta y en la adherencia a la dieta mediterránea, como parte del consejo integral sobre hábitos de vida saludables.

Los mayores beneficios para prevenir y manejar la fragilidad y la sarcopenia, se obtienen con una dieta rica en proteínas, valorando la necesidad de suplementos nutricionales cuando sea preciso, por ejemplo, en caso de malnutrición o pérdida de peso. La mayor evidencia es con suplementos hiperproteicos, que pueden incorporar beta-hidrox-beta-metilbutirato (HMB) y/o leucina, preferentemente combinados con programas de ejercicio físico multicomponente.

Hay que valorar la **suplementación con vitamina D** en personas mayores frágiles, en riesgo de malnutrición o con riesgo de caídas y con niveles séricos < 30 ng/ml (75 nmol/L), con dosis de 20 a 25 $\mu\text{g}/\text{día}$ (800–1.000 UI/día). En lo referente a la prevención y abordaje de las caídas, en personas con déficit de vitamina D se observa una disminución de fuerza y velocidad de la marcha. En personas mayores con niveles en sangre bajos (menores de 50 nmol/L o 20 ng/ml) la suplementación con dosis diarias de 800–1000 UI/día reducen el riesgo de caídas, independientemente del sexo. Con dosis más altas se pueden alcanzar niveles de 30 ng/mL de 25-hidroxivitamina D en sangre, pero aumenta el riesgo de caídas, por lo que no se recomienda administrar dosis superiores a 1000 UI/día. Son necesarios más estudios para definir el papel del calcio en la suplementación. No se han observado beneficios en población con niveles normales (mayores de 50 ng/mL de 25-hidroxivitamina D en sangre).



En personas mayores con **disfagia es fundamental ajustar la textura de los alimentos al nivel 4** recomendado por la Iniciativa Internacional de Normalización de la Dieta para la Disfagia (IDDSI) y enriquecer los platos triturados para adecuar su valor nutricional a las necesidades de cada persona⁴³.

En el caso de los centros residenciales de personas mayores, en donde el riesgo de desnutrición^{44,45}, disfagia^{46,47}, sarcopenia^{48,49}, y dinapenia⁵⁰ es notablemente superior a la población mayor que vive en comunidad, es necesario incorporar los cribados, valoraciones e intervenciones específicas para esta población de forma prioritaria.

Revision y adecuación de la medicación



La fragilidad incrementa el riesgo de efectos secundarios de los fármacos y a su vez la polifarmacia se asocia con fragilidad y otros eventos adversos en personas mayores, como las caídas, por lo que es fundamental la revisión de la polifarmacia, especialmente cuando se tomen 5 o más medicamentos.

En lo que respecta a la prevención y abordaje de las caídas la polifarmacia es uno de los factores de riesgo de caídas más fácilmente modificable y se debe realizar una revisión centrada en los fármacos que afectan negativamente a las personas con riesgo de caídas siguiendo los criterios STOPP-Falls. Aunque la evaluación y retirada de fármacos por sí sola, no se asocia con un menor riesgo de caídas si no que mejora, junto con otras intervenciones como parte de una intervención multi-componente.

Además del número de fármacos también hay que revisar aquellas prescripciones potencialmente inapropiadas/inadecuadas o no indicadas, deprescribir cuando sea necesario, así como ajustar el tratamiento de las enfermedades concomitantes al estado de fragilidad. Estudios randomizados y revisiones sistemáticas han demostrado que la deprescripción es segura y reduce el número y dosis de fármacos en las personas mayores, sin afectar a la mortalidad, la hospitalización, las visitas a urgencias y las caídas, con resultados superiores respecto a la calidad de vida y costes sanitarios. La evidencia demuestra que, aunque esta intervención no disminuya el riesgo de una primera caída, sí reduce el riesgo de las siguientes, y reduce un 24% las caídas en personas mayores institucionalizadas.

Para esto, se emplean las siguientes herramientas:

- **STOPP-START** para la identificación de medicamentos potencialmente inapropiados y omisiones terapéuticas relevantes.
- **STOPP-PaI** para suspender medicamentos potencialmente inapropiados en personas frágiles.
- **STOPP-Falls** para identificar medicamentos que pueden aumentar la probabilidad de caídas.

También es importante detectar una adherencia terapéutica moderada o baja, ya que esto puede contribuir a errores en la medicación, por lo que es recomendable realizar evaluaciones con entrevistas exhaustivas y valorar las diferentes causas a través de una valoración completa.

Para el cribado de falta de adherencia se utilizará el cuestionario de Morisky-Green⁵¹. En caso de sospecha clínica de mala adherencia se investigará en Receta XXI si las dispensaciones en la oficina de farmacia se corresponden con las necesidades de medicación previstas como mejor aproximación a la adherencia (la dispensación no asegura la adherencia, pero la no dispensación si demuestra la no adherencia).

Se deberá valorar si la mala adherencia se concentra en uno o en un grupo reducido de medicamentos, mediante el análisis de las dispensaciones en Receta XXI. En tal caso, se debe intentar objetivar el componente determinante de la mala adherencia.

Manejo de la multimorbilidad y síndromes geriátricos detectados



65

DESCRIPCIÓN

La atención a las personas con condiciones crónicas y situaciones complejas de salud se aborda desde el Proceso Asistencial Integrado de Atención a Pacientes Pluripatológicos que establece un plan de cuidados proactivo para evitar descompensaciones y, en caso de producirse, detectarlas de forma precoz para poder actuar antes que pueda afectar al pronóstico y la calidad de vida de la persona.

Por otro lado, este proceso incorpora a la persona, su familia y personas allegadas como parte activa de los equipos de atención, fomentando los autocuidados e incluyendo en la historia clínica los registros que puede hacer la persona para que estén disponibles para que los equipos profesionales puedan tomar las mejores decisiones respecto a su atención y sus cuidados⁵².

Otras intervenciones sobre los factores de riesgo de fragilidad son:

- Manejo adecuado del dolor.
- Consejo a la persona con IMC > 35 kg/m² una pérdida progresiva y moderada de peso de 0,5-1 kg/semana o 8-10% del peso inicial a los 6 meses, para conseguir un IMC final entre 30-35, siempre combinado con ejercicio físico.
- Detección y manejo de la anemia.
- Identificación y manejo de la depresión y los problemas de sueño.
- Evaluación y promoción del bienestar emocional, identificando y paliando las consecuencias de la soledad no deseada o el distanciamiento social, fomento de las relaciones sociales y la participación comunitaria.
- Intervención en situaciones sociales desfavorables.
- Intervención en deterioro auditivo y visual.

Derivación a Atención Hospitalaria

En caso de ser necesario, se llevará a cabo la derivación desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria de aquellas personas en las que la VIE no justifica la fragilidad o se detectan situaciones que se consideren subsidiarias de manejo en otro nivel asistencial, tales como:



- Pérdida funcional o fragilidad reciente sin causa clínica evidente.
- Síndrome confusional agudo de causa no aclarada o subsidiaria de manejo hospitalario.
- Deterioro cognitivo de reciente aparición.
- Alto riesgo de caídas.
- Polifarmacia de difícil manejo.
- Multimorbilidad de difícil manejo.

DETECCIÓN PRECOZ DE FRAGILIDAD Y CAÍDAS EN EL ÁMBITO NO SANITARIO



> Detección precoz

La detección precoz del riesgo de fragilidad y caídas se puede realizar también desde los centros de servicios sociales y otros dispositivos comunitarios.

En estos ámbitos, la detección tiene dos vías:

1 Detección activa en:

- Centros de Participación Activa.
- Centros de Día.
- Centros Residenciales de Personas Mayores.

Procedimiento:

- En personas de 70 años o más, aplicar el Índice de Barthel.
- Realizar la valoración del riesgo de caídas con las tres preguntas establecidas.
- Además, si la puntuación en el Índice de Barthel es ≥ 90 , se aplica la escala FRAIL o la prueba de Velocidad de la Marcha.
- Si se detecta el riesgo de fragilidad y/o caídas, se hace la derivación a Atención Primaria para continuar la valoración.

2 Detección oportunista en otros recursos comunitarios como:

- Farmacias comunitarias.
- Centros de inclusión social.
- Servicios Sociales Comunitarios.
- Centros de Educación Permanente
- Centros de Valoración y Orientación.
- Asociaciones.
- Puntos Vuela (Guadalinfo).
- En estos recursos se podrá realizar el cribado de fragilidad y riesgo de caídas con la prueba de Velocidad de la Marcha y la escala FRAIL, para su derivación a Atención Primaria.

> Intervención

Es fundamental contar con el apoyo del ámbito no sanitario y comunitario para llevar a cabo las intervenciones recomendadas para el abordaje de la fragilidad.



Desde los EAP se podrán identificar las intervenciones que desarrollan los agentes locales con el objetivo de promover estilos de vida saludable y prevenir fragilidad. Estas iniciativas de trabajo conjunto se darán a conocer a los equipos profesionales involucrados en la prevención y detección precoz de la fragilidad en el entorno local.



Por otra parte, los centros residenciales y centros de día podrían valorar periódicamente el grado de dependencia funcional, deterioro cognitivo y fragilidad de todas las personas residentes y realizar intervenciones de promoción de salud en su entorno.



Finalmente, las farmacias comunitarias, como agentes clave para la detección de la fragilidad y adecuación de la medicación, podrían dar consejo sobre hábitos de vida saludables y recomendaciones sobre la prevención de riesgos relacionados con la medicación.

INTERVENCIÓN EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

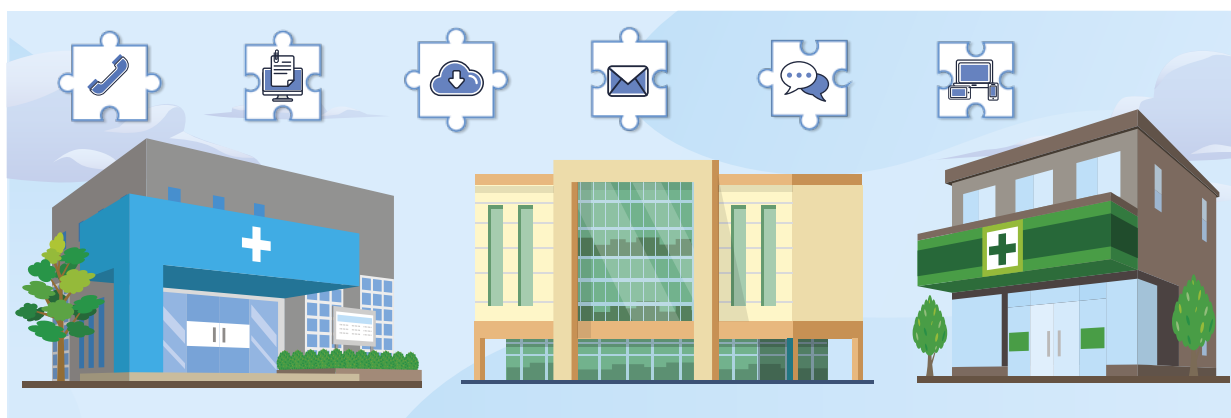
En el caso de las personas en situación de dependencia, tanto en Atención Primaria como en los centros residenciales y centros de día, se valora e interviene ante el riesgo de caídas y se llevan a cabo los programas de mejora de la salud con actividades adaptadas incluidas en la Estrategia de Promoción de la Vida Saludable y conexión con otros programas como la atención a personas en situación de cronicidad compleja y programas de atención en el domicilio, además de la atención a problemas de salud específicos.



En los centros residenciales, la población suele ser predominantemente femenina (alrededor del 70% de las plazas están ocupadas por mujeres) y muy envejecida, con una media de edad superior a los 80 años⁵³. Esta población presenta una elevada carga farmacológica, con un 78,8% de los residentes polimedicados; además, el 98,6% consume al menos un fármaco potencialmente inapropiado, según los criterios STOPP/START o Beers⁵⁴. A esto se añade una alta prevalencia de deterioro cognitivo, especialmente entre las personas mayores de 85 años⁵⁵.

En este contexto, resulta esencial la intervención de los EAP y, en particular, de las EGC y EGC de Residencias de Mayores, cuya implicación es clave para abordar de forma integral las necesidades específicas de estas personas a través del Examen de Salud para Mayores de 65 años. Su papel es fundamental en la gestión de la fragilidad, la atención a la demencia y la prevención de caídas, así como en el control riguroso de la polimedicación y la revisión y adecuación de los tratamientos farmacológicos según criterios apropiados para personas mayores.

Coordinación entre sectores y ámbitos asistenciales



Tanto en la promoción del envejecimiento activo como en la detección e intervención de la fragilidad el riesgo de caídas y el deterioro cognitivo, se debe promover la coordinación entre ámbitos asistenciales Atención Primaria y Atención Hospitalaria, junto con el sector de servicios sociales y el ámbito comunitario, siempre centrando la atención en la persona, y prestando especial cuidado en las transiciones.

En este sentido, es imprescindible continuar avanzando en las líneas de actuación propuestas en la Estrategia Andaluza de Coordinación Sociosanitaria⁵⁶. En esta labor son fundamentales los equipos locales intersectoriales que han de crearse, con intervención directa sobre la persona y familias, constituyendo el nivel operativo, la puerta de entrada en el circuito de la atención sociosanitaria, en aquellos casos en los que se requieran desarrollo de intervenciones conjuntas.

Los equipos locales intersectoriales estarán formados por Enfermeras Gestoras de Casos y profesionales de trabajo social de salud y de servicios sociales comunitarios, así como por otros profesionales de manera estable o no, en función de las necesidades detectadas para ampliar la respuesta asistencial para la resolución de problemas.

SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN

Se realizará un seguimiento de todas las personas que han entrado en el programa:

- **En personas con alta probabilidad de fragilidad o personas en situación de dependencia:**



Se programarán visitas de seguimiento a los 6 meses para la evaluación de resultados funcionales y el establecimiento y cumplimiento de las intervenciones propuestas, siempre que la VIE no sugiera un periodo inferior. Esta evaluación se realizará repitiendo la misma prueba utilizada para la valoración o diagnóstico, valorando el cambio de puntuación en el tiempo.

- **En las personas no frágiles (con mayor grado de autonomía):**



Se realizará anualmente la detección precoz de fragilidad y después de un evento importante de salud, como por ejemplo un ingreso o agudización de una condición crónica.



EVALUACIÓN



EVALUACIÓN

Los indicadores de evaluación del programa son:

- 1 Cobertura del programa Examen de Salud para Mayores de 65 años.
- 2 Cobertura de la intervención en fragilidad y caídas en personas de 70 años o más.
- 3 Reducción del riesgo de fragilidad en personas de 70 años o más.
- 4 Reversión de la fragilidad en personas de 70 años o más.
- 5 Incremento de la esperanza de vida en buena salud.
- 6 Reducción de la prevalencia de deterioro cognitivo.

La **evaluación de las intervenciones contempladas en el programa** se basa en indicadores centinela que puedan reflejar su efectividad. Para estos indicadores se definirán objetivos según criterios soportados en evidencias o necesidades estratégicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Los indicadores centinela responderán a los objetivos de 3 estrategias prioritarias:

La prevención y reversión de la fragilidad en personas de 70 años o más:

- | | |
|------------------------------|--|
| 7 Ejercicio multicomponente. | 9 Prevención de desnutrición. |
| 8 Prevención de caídas. | 10 Revisión y adecuación de la medicación. |

La promoción del envejecimiento activo y saludable y prevención del deterioro cognitivo en personas de 65 años o más:

- | | |
|--------------------------------|--|
| 11 Ejercicio multicomponente. | 17 Prevención del consumo excesivo de alcohol. |
| 12 Dieta mediterránea. | 18 Deshabituación tabáquica. |
| 13 Bienestar emocional. | 19 Prevención de la depresión. |
| 14 Inmunizaciones. | 20 Calidad de vida en personas que cuidan. |
| 15 Reducción del sedentarismo. | |
| 16 Reducción de la obesidad. | |

El manejo de síndromes geriátricos:

- | | |
|---|----------------------|
| 21 Detección y actuación ante la incontinencia. | 22 Manejo del dolor. |
|---|----------------------|

Nota

- Estos indicadores tendrán un seguimiento anual.
- Todos los indicadores se calcularán por separado para hombres y mujeres.

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN ANUAL DEL PROGRAMA

INDICADOR 1. COBERTURA DEL PROGRAMA EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS

Objetivo: Incorporar al programa Examen de Salud para Personas de 65 años al 90% de las personas de 65 años.

Indicador:

Porcentaje de personas de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para mayores de 65 años.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 65 años o más registrados en el programa.

Nº de hombres/mujeres de 65 años o más que viven en Andalucía.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 2. COBERTURA DE LA INTERVENCIÓN EN FRAGILIDAD Y CAÍDAS EN PERSONAS DE 70 AÑOS O MÁS

Objetivo: Incorporar al cribado de fragilidad al 35% de las personas de 70 años.

Indicador:

Porcentaje de personas de 70 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para mayores de 65 años incorporadas al cribado de fragilidad.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 70 años o más incorporadas al cribado.

Nº de hombres/mujeres de 65 años o más que viven en Andalucía.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 3. REDUCCIÓN DEL RIESGO DE FRAGILIDAD EN PERSONAS DE 70 AÑOS O MÁS

Objetivo: Porcentaje de personas de 70 años o más en riesgo o situación de fragilidad.

Indicador:

Porcentaje de personas de 70 años o más en riesgo o situación de FRAGILIDAD.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 70 años o más en riesgo o situación de fragilidad registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 70 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 4. REVERSIÓN DE LA FRAGILIDAD EN PERSONAS DE 70 AÑOS O MÁS

Objetivo: Incrementar el porcentaje de personas de 70 años o más que consigue REVERTIR su situación de FRAGILIDAD.

Se considerará que una persona de 70 años o más ha revertido su situación de fragilidad cuando, habiendo sido identificada como frágil en el Examen de Salud del año anterior, en la evaluación actual cumpla con alguno de los siguientes criterios:

- **Cambio de clasificación:** Pase de la categoría de frágil a pre-frágil a no frágil, según la escala FRAIL.
- **Mejoría funcional significativa:** Mejora clínica documentada en al menos dos de los siguientes dominios:
 - Aumento de la fuerza muscular, mediante el test de prensión.
 - Mejora de la movilidad mediante el test de Velocidad de la Marcha.
- **Disminución de la dependencia** en actividades básicas o instrumentales de la vida diaria según el Índice de Barthel.
- **Mejora del estado nutricional** según el MNA, siempre que estuviera comprometido.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 70 años o más en las que se ha revertido su situación de fragilidad.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 70 años o más con reversión de su situación de fragilidad.

Nº total de hombres/mujeres de 70 años en situación de fragilidad el año anterior x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** anual.

● Incremento de años de vida libres de discapacidad

INDICADOR 5. INCREMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD

Objetivo: Incrementar la esperanza de vida en buena salud a partir de los 65 años.

Para el cálculo de este indicador, se entiende como buena salud la percepción subjetiva de salud buena o muy buena, según el autoinforme de las personas entrevistadas en las encuestas de salud. Este criterio es el estándar utilizado por organismos como el Instituto Nacional de Estadística (INE) y Eurostat para estimar la esperanza de vida en buena salud.

Indicador:

Esperanza de vida en buena salud en hombres/mujeres a los 65 años.

● **Fórmula:**

Años de esperanza de vida en buena salud a partir de los 65 años.

● **Fuente:**

- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y Encuesta Europea de Salud en España (ESEE), que ofrecen datos con desagregación autonómica para Andalucía.
- Tablas de mortalidad por edad y sexo publicadas por el INE.

Estas fuentes deben tenerse en cuenta para calcular y actualizar periódicamente este indicador, aplicando metodologías validadas como el método de Sullivan, que permite estimar la esperanza de vida en buena salud a partir de los 65 años.

● **Línea base:**

A partir de 65 años, los hombres residentes en Andalucía se espera que vivan 10,7 años en buena salud y las mujeres 10,3 años. (INE, 2021).

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 6. REDUCCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

Objetivo: Reducir la prevalencia de deterioro cognitivo en personas de 65 años o más.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 65 años o más con deterioro cognitivo.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 65 años o más con deterioro cognitivo registrados en el Programa Examen de Salud

Nº de hombres/mujeres de 65 años o más registrados en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:**

Base Poblacional de Salud – Personas registradas en el Examen de Salud para Personas de 65 años o más en toda Andalucía.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADORES DE PREVENCIÓN Y REVERSIÓN DE LA FRAGILIDAD

INDICADOR 7. INCREMENTO DE LA PRÁCTICA DEL EJERCICIO MULTICOMPONENTE EN PERSONAS DE 70 AÑOS O MÁS

Objetivo: Incrementar la práctica del EJERCICIO MULTICOMPONENTE en personas mayores de 70 años frágiles.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 70 años o más en situación de fragilidad que practica ejercicio multicomponente.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 70 años o más en situación de fragilidad que practica ejercicio multicomponente registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 70 años en situación de fragilidad registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 8. REDUCCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS DE 70 AÑOS O MÁS

Objetivo: reducir las CAÍDAS que requieren asistencia hospitalaria en hombres/mujeres de 70 años o más.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 70 años o más con caídas que requieren asistencia hospitalaria.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 70 años o más con caídas que requieren asistencia hospitalaria registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 70 años registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 9. REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN PERSONAS DE 70 AÑOS O MÁS

Objetivo: Reducir la DESNUTRICIÓN en personas de 70 años o más.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 70 años o más con desnutrición.

● **Fórmula:**

Nº de hombres /mujeres de 70 años o más con desnutrición registrados en el Programa Examen de Salud

Nº total de hombres/mujeres de 70 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 10. REVISIÓN Y ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PERSONAS DE 70 AÑOS O MÁS

Objetivo: Revisar y adecuar la MEDICACIÓN en personas de 70 años o más.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 70 años o más a las que se ha revisado y adecuado la medicación.

● **Fórmula:**

Nº de hombres /mujeres de 70 años o más a las que se ha revisado y adecuado la medicación registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 70 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA SALUD COGNITIVA

INDICADOR 11. INCREMENTO DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS

Objetivo: Incrementar la práctica de ACTIVIDAD FÍSICA en personas mayores de 65 años.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 65 años o más que declaran un nivel de actividad física moderado o alto.

● **Fórmula:**

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más que declaran un nivel de actividad física moderado o alto registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 12. INCREMENTO DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS

Objetivo:

incrementar la ADHERENCIA A LA DIETA en personas mayores de 65 años.

Indicador:

porcentaje de hombres/mujeres de 65 años o más que declaran su adherencia a la dieta mediterránea.

● Fórmula:

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más que declaran su adherencia a la dieta mediterránea registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 13. MEJORA DEL BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS

Objetivo: Mejorar el BIENESTAR EMOCIONAL en personas mayores de 65 años.

Indicador:

Porcentaje de hombres y mujeres de 65 años o más con bienestar emocional.

● Fórmula:

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más que declaran su bienestar emocional registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

**INDICADOR 14. MEJORA DE LA COBERTURA VACUNAL
EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS**

Objetivo: Mejorar la COBERTURA VACUNAL en personas mayores de 65 años.

Indicador:

- Cobertura vacunal Neumococo conjugada 13 o 20-valente en personas de 60 a 76 años en Andalucía
- Cobertura vacunal herpes zóster en personas de 65 años y más en Andalucía.
- Cobertura vacunal Gripe en personas mayores de 65 años.
- Cobertura vacunal Covid-19 en personas mayores de 65 años.

● Fórmula:

Nº de hombres /mujeres de 65 a 76 años con vacuna Neumococo conjugada 13 o 20-valente registrados en el Programa Examen de Salud / Nº total de hombres/mujeres de 65 a 76 años registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

Nº de hombres /mujeres de 65 y 66 años con vacuna de herpes zóster registrados en el Programa Examen de Salud / Nº total de hombres/mujeres de 65 y 66 años registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más con vacuna de gripe registrados en el Programa Examen de Salud / Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más con vacuna Covid-19 registrados en el Programa Examen de Salud / Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 15. REDUCCIÓN DEL SEDENTARISMO EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS

Objetivo: Reducir el SEDENTARISMO en personas mayores de 65 años.

Indicador:

Porcentaje de hombres y mujeres de 65 años o más que se declaran sedentarias en su tiempo libre.

● **Fórmula:**

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más que se declaran sedentarias en su tiempo libre registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 16. REDUCCIÓN DE LA OBESIDAD EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS

Objetivo: Reducir la OBESIDAD en personas mayores de 65.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 65 años o más obesas.

● **Fórmula:**

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más obesas registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 17. REDUCCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS

Objetivo: Reducir el consumo excesivo de ALCOHOL en personas mayores de 65 años o más.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 65 años o más con consumo excesivo de alcohol.

● **Fórmula:**

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más con consumo excesivo de alcohol registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 18. REDUCCIÓN DEL HÁBITO TABÁQUICO EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS

Objetivo: Reducir el HÁBITO TABÁQUICO en personas de 65 años o más.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 65 años o más fumadoras.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 65 años o más fumadoras registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº de hombres/mujeres registradas en el Programa Examen de Salud para Personas Mayores de 65 años.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 19. REDUCCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS

Objetivo: Reducir la DEPRESIÓN en personas de 65 años o más.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 65 años o más con diagnóstico de depresión en el último año.

● **Fórmula:**

Nº de hombres /mujeres de 65 años o más con diagnóstico de depresión en el último año registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

INDICADOR 20. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS QUE CUIDAN

Objetivo: Mejorar la CALIDAD DE VIDA en personas de 65 años o más que cuidan.

Indicador:

Calidad de vida en hombres/mujeres de 65 años o más que cuidan.

● **Fórmula:**

Puntuación en EQ-5D en hombres /mujeres de 65 años o más que cuidan.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.

MANEJO DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS

INDICADOR 21. MEJORAR LOS CUIDADOS QUE SE PRESTAN PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS CON INCONTINENCIA

Objetivo: Mejorar los cuidados a personas mayores de 65 años con INCONTINENCIA.

Indicador:

Porcentaje de hombres/mujeres de 65 años o más con incontinencia con intervención terapéutica pautada.

● **Fórmula:**

Nº de hombres/mujeres de 65 años o más con incontinencia con intervención terapéutica o mitigadora pautada registrados en el Programa Examen de Salud.

Nº total de hombres/mujeres de 65 años o más con incontinencia registradas en el Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años x 100.

● **Fuente:** Infoweb.

● **Línea base:** A estimar.

● **Periodicidad:** Anual.



REFERENCIAS



REFERENCIAS

- ¹ Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Examen de Salud para Mayores de 65 años. Junta de Andalucía. Sevilla; 2008.
- ² Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Sevilla, Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía. Junta de Andalucía. Sevilla; 2010.
- ³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Madrid, 2014.
- ⁴ Alonso Bouzón C, Rodríguez Laso Á, Rodríguez Mañas L. Advantage, una acción conjunta para plantarle cara a la fragilidad. Rev Esp Salud Publica. 2021 Oct 8;95:e202110152. PMID: 34620824.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra. 2015.
- ⁶ Pinzón-Pulido S, Padial-Espinosa M, López-Samaniego L, Navarro-Matillas B, San Juan-Lozano P, Espinosa-Almendro JM, Ruiz-Fernández J, Garrido-Peña F. Creation Process of the Digital Platform to Foster Healthy and Active Aging: enbuenaedad. Front Public Health. 2019 Feb 19;7:22. doi: 10.3389/fpubh.2019.00022.
- ⁷ Consejería de Salud. Examen de salud para mayores de 65 años. Actualización 2017, Junta de Andalucía. Sevilla; 2017.
- ⁸ Lázaro, R., Pinzón, S., Díaz-Veiga, P., Castejón Villarejo, P., Azurmendi, M. y Uriarte, A. (2020). Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la covid-19: impacto en las profesionales de los cuidados. Zerbitzuan, 73, 25-43.
- ⁹ Zunzunegui MV. COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes. Gac Sanit. 2022 Jan-Feb;36(1):3-5.. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.06.009.
- ¹⁰ Feijóo Rodríguez MV, Orfila Pernas F, Sánchez Callejas AV, Valero García C, Plaza Espuña I, Del Val García JL. Impacto de la fragilidad y COVID-19 en una cohorte de gente mayor de la ciudad de Barcelona. Aten Primaria. 2022 Sep;54(9):102393. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102393.
- ¹¹ Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. I Plan Estratégico Integral para personas mayores en Andalucía. 2020-2023. Junta de Andalucía. Sevilla; 2020.

- 12 Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor. Madrid; 2022.
- 13 Consejería de Salud y Consumo. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía. Junta de Andalucía. Sevilla; 2023.
- 14 Acuerdo de 2 de abril de 2024, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía 2024-2030
- 15 Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sistema de Información Demográfica de Andalucía (SIDEMA). Últimos datos a febrero 2025. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/ultimosDatos/index.html>
- 16 Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sistema de Información Demográfica de Andalucía (SIDEMA). Nota divulgativa. Disponible en: <https://acortar.link/8A4kRw>
- 17 Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb;5(2):e147-e156. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104184>
- 18 Perez-Rojo G, Sancho M, del Barrio E, Yanguas JJ. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. San Sebastián, 2011.
- 19 Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo et al. European report on preventing elder maltreatment. World Health Organization. Copenhagen, 2011.
- 20 Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb;5(2):e147-e156.
- 21 Perez-Cano V, Leal-Gil E, Pinzón-Pulido S, Navarro-Matillas B. Estudio de las causas implicadas en las situaciones de maltrato a las personas mayores y propuestas de superación. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Madrid, 2022.
- 22 Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019;1;29(1):58-67.
- 23 Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb;5(2):e147-e156.
- 24 Ponce Álvarez A, Rodríguez Guisado M, Pinzón Pulido S, Catela Huertas A, Navarro Ibáñez C. Promoción del buen trato y actuación ante el trato inadecuado y el maltrato. Consejería de Inclusión Social, Juventud, familias e Igualdad. Sevilla, 2022.

- 25 Silva SLA, Brito GE, Yngatios NT, Mambrini JVM, Lima-Costa MF, Torres JL. Estimativa de prevalência de fragilidade e fatores associados em amostra de adultos brasileiros de 50 anos ou mais: estudo transversal do ELSI-Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(3):e00144923.
- 26 Conlin MP, Navarro B, Espinosa Almendro JM, Rodríguez Gómez S, Cabrera-Léon A. Programa Examen de Salud para personas mayores de 65 años en Andalucía: estudio descriptivo de participantes. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: e202110178.
- 27 IMSERSO. Estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Madrid; 2025.
- 28 Lanzi AM, Ellison JM, Cohen ML. The “Counseling+” roles of the speech-language pathologist serving older adults with mild cognitive impairment and dementia from Alzheimer’s Disease. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2021; 6: 987–1002.
- 29 Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, Ames D, Banerjee S, Burns A, Brayne C, Fox NC, Ferri CP, Gitlin LN, Howard R, Kales HC, Kivimäki M, Larson EB, Nakasujja N, Rockwood K, Samus Q, Shirai K, Singh-Manoux A, Schneider LS, Walsh S, Yao Y, Sommerlad A, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*. 2024; 404(10452): 572 – 628.
- 30 Franco E, Gallardo R, Barón JB, Cuartero E, Merino V, Moreno A, Rodríguez EM, Sánchez MM, Trabado M, Forcada M. Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo. Consejería de Salud y Consumo. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2024.
- 31 Tainta M, Iriondo A, Ecay-Torres M, Estanga A, de Arriba M, Barandiaran M, Clerigue M, Garcia-Sebastian M, Villanua J, Izagirre A, Saldias J, Aramburu A, Taboada J, Múgica J, Barandiaran A, Arrospide A, Mar J, Martinez-Lage P. Brief cognitive tests as a decision-making tool in primary care. A population and validation study. *Neurologia (Engl Ed)*. 2024 Nov-Dec;39(9):781–791. doi: 10.1016/j.nrleng.2022.08.001.
- 32 Carnero-Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel-Navarro L, Fera-Vilar I, Gurpegui M. Normative and reliability study of Fototest. *Neurologia*. 2011 Jan-Feb;26(1):20–5. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2010.09.021.
- 33 Saragih ID, Tonapa SI, Lin C-J, et al. Effects of case management intervention for people with dementia and their carers: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021;121:104012. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.104012
- 34 Saragih ID, Tonapa SI, Lin CJ, Lee BO. Effects of case management intervention for people with dementia and their carers: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Int J Nurs Stud*. 2021 Sep;121:104012. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104012. Epub 2021 Jun 26. PMID: 34265500.

- 35 Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor. Madrid; 2022
- 36 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):601–8
- 37 Consejo Interterritorial del SNS. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y Caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2014.
- 38 Proyecto Vivifrail. Disponible en: <https://vivifrail.com/es/inicio/>
- 39 Salvà Casanovas A. El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(6):245–246.
- 40 Castro-Vega I, Veses-Martín S, Cantero-Llorca J, Salom-Vendrell C, Bañuls C, Hernández-Mijares A. Validación del cribado nutricional Malnutrition Screening Tool comparado con la valoración nutricional completa y otros cribados en distintos ámbitos sociosanitarios. *Nutrición Hospitalaria.* 2018;35(2):351–358.
- 41 Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, Cárdenas G, Barcons N, Araujo K, Pérez-Portabella C. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutr. Hosp.* 2012; 27(6): 2048–2054.
- 42 Yu SC, Khaw KS, Jadczyk AD, Visvanathan R. Clinical Screening Tools for Sarcopenia and Its Management. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2016;2016: 5978523.
- 43 Lam P, Stanschus S, Zaman R, Cichero JA. The international dysphagia diet standardisation initiative (IDDSI) framework: The Kempen pilot. *Br. J. Neurosci. Nurs.* 2017;13:S18–S26.
- 44 Leira J, Maseda A, Lopez-Lopez R, Lorenzo-Lopez L, Cibeira N, Lodeiro-Fernandez L, Millan-Calenti JC. Determinants of Malnourishment in the Institutionalized Older Population: The FRAGILESS Study. *Nutrients.* 2024;16(23):4114. doi: 10.3390/nu16234114.
- 45 Rashid T, Zia S, Mughal S, Baloch AA, Abdul Rauf MU, Hasan SM. Prevalence of Malnutrition and Associated Factors Among the Elderly With Type 2 Diabetes Using MNA Form. *J Nutr Metab.* 2025;2025:2107146. doi: 10.1155/jnme/2107146.
- 46 Xavier JS, Gois ACB, Costa Lima K, Filho LMAL, Godoy JF, Junior HVM, Pernambuco L. Swallowing disorders and associated factors in older adults living in nursing homes. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022;279(7):3733–3740. doi: 10.1007/s00405-022-07355-1.
- 47 Raheem D, Carrascosa C, Ramos F, Saraiva A, Raposo A. Texture-Modified Food for Dysphagic Patients: A Comprehensive Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(10):5125. doi: 10.3390/ijerph18105125.

- 48 Rodríguez-Rejon AI, Ruiz-Lopez MD, Artacho R. Dietary Intake and Associated Factors in Long-Term Care Homes in Southeast Spain. *Nutrients*. 2019;11(2):266. doi: 10.3390/nu11020266.
- 49 Rodríguez-Rejon AI, Ruiz-Lopez MD, Wanden-Berghe C, Artacho R. Prevalence and Diagnosis of Sarcopenia in Residential Facilities: A Systematic Review. *Adv Nutr*. 2019;10(1):51–58. doi: 10.1093/advances/nmy058
- 50 Saez Moreno MA, Jimenez Lorenzo R, Lueso Moreno M, Lopez-Torres Hidalgo J. Prevalencia de dinapenia en los pacientes mayores de 65 años [Prevalence of dynapenia in patients over 65 years]. *Aten Primaria*. 2018 Nov;50(9):567–568. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.01.004.
- 51 Morinsky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24:67–74.
- 52 Servicio Andaluz de Salud. Atención al paciente crónico complejo. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/dirayabierto/diraya-por-procesos/atencion-al-paciente-cronico-complejo>.
- 53 Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO Estadísticas mensuales. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia Madrid, 2025. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana-diciembre-2011/servicio-atencion-residencial>.
- 54 Ubeda A, Ferrándiz L, Maicas N, Gomez C, Bonet M, Peris JE. Potentially inappropriate prescribing in institutionalised older patients in Spain: the STOPP-START criteria compared with the Beers criteria. *Pharmacy Pract (Granada)* [Internet]. 2012 Jun [citado 2025 Jul 18]; 10(2): 83–91.
- 55 Molas-Tuneu M, Jerez-Roig J, Minobes-Molina E, Coll-Planas L, Escribà-Salvans A, Farrés-Godayol P et al . Social and emotional loneliness among older people living in Nursing Homes in Spain: a cross-sectional study. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2023 Dic [citado 2025 Jul 18]; 39(3): 465–477.
- 56 Consejería de Salud y Consumo. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. Estrategia Andaluza de Coordinación Sociosanitaria. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/boja/2024/86/BOJA24-086-00004-44174-01_00301124.pdf

