

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 9 de septiembre de 2021

Aceptado: 4 de octubre de 2021

Publicado: 8 de octubre de 2021

VISIÓN DEL MANEJO DE LA FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Iñaki Martín Lesende (1,2), Miguel Ángel Acosta Benito (2,3), Nuria Goñi Ruiz (4) y Yolanda Herreros Herreros (5)

(1) Centro de Salud Indautxu. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto-Osakidetza. Profesor del Departamento de Medicina de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Representante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) en el Grupo de Trabajo de fragilidad del Ministerio de Sanidad. España.

(2) Grupo de Trabajo semFYC del Mayor y de Prevención en el Mayor del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). España.

(3) Centro de Salud de Joaquín Rodrigo. Madrid. España.

(4) Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial. Gerencia Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Grado de Medicina de la Universidad Pública de Navarra. Pamplona. España.

(5) Centro de Salud de Numancia. Institut Català de la Salut (ICS). Servei d'Atenció Primària (SAP) SAP Esquerra. Grupo de Trabajo Gent Gran de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC). Barcelona. España.

Conflicto de intereses: IML pertenece al Grupo de Trabajo para la estrategia de atención a la fragilidad y caídas del Ministerio de Sanidad. NGR forma parte del Grupo de Trabajo Técnico de Fragilidad y Prevención de Caídas del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, participando en el programa de atención a la fragilidad de Atención Primaria en Navarra. IML, YHH y MAAB pertenecen al Grupo de Trabajo del PAPPS-semFYC del Mayor. IML y MAAB pertenecen al Grupo de Trabajo semFYC de Atención al Mayor. Considerando esta pertenencia a Grupos de Trabajo, ninguno de los cuatro autores presenta conflicto de intereses o condicionante relacionado con el desarrollo de este artículo ni ha recibido ninguna remuneración por su participación en el mismo.

RESUMEN

La Atención Primaria (AP) y la comunidad constituyen el medio asistencial primordial para el manejo de la fragilidad. Se cuenta con buenas directrices (Estrategia y Consenso del Sistema Nacional de Salud, Acción Conjunta Europea ADVANTAGE, recomendaciones del Programa de Actividades de Prevención y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria: PAPPS-semFYC, guía Fisterra...); no obstante, su implantación no se está dando con la magnitud ni rapidez esperada, considerando también la influencia de la pandemia por la COVID-19.

La detección y manejo de la fragilidad exige un trabajo multidisciplinar de profesionales que habitualmente desarrollan su actividad en el primer nivel asistencial (profesionales de medicina, enfermería y trabajo social), junto con otros cuya integración es aconsejable (nutricionistas, fisioterapeutas, etc...) y contando con otros profesionales de referencia (geriatras). Por otro lado, es necesario trabajar con enfoques integrales basados en una buena coordinación entre AP y la Comunidad, existiendo diversas experiencias en este sentido. El apoyo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) puede ser muy interesante, existiendo herramientas tanto para usuarios y personas cuidadoras (por ej. VIVIFRAIL), como para profesionales sociosanitarios (por ej. VALINTAN o WHO ICOPE-Handbook App).

Deben consolidarse las estrategias para intervenir en fragilidad de una manera más efectiva y sistemática: con la formación adecuada de los profesionales, establecimiento de campañas y difusión que hagan visualizar la relevancia y extender su intervención, priorizando las actividades asistenciales programadas más efectivas (destacando la fragilidad), a través del trabajo multidisciplinar con coordinación y participación de los diferentes niveles asistenciales y comunitarios y de los propios pacientes, y dotando de medios y recursos a la AP.

Palabras clave: Fragilidad, Atención primaria, Personas mayores, Servicios de salud.

ABSTRACT

Vision of the management of frailty in Primary Health Care

Primary Care (PC) and community are the priority health sites for the detection and management of frailty. There are good guidelines (Strategy and consensus of the National Health Service, ADVANTAGE European Joint Action, recommendations of the Program of Prevention and Health Promotion Activities of the Spanish Society of Family and Community Medicine PAPPS-semFYC, Fisterra guideline); however, its implementation is not taking place with the expected magnitude or speed, also considering the influence of the COVID-19 pandemic.

The detection and management of frailty requires multidisciplinary work by professionals who usually carry out their activity at the first level of care (physicians, nurses, social workers), with others whose integration is advisable (nutritionists, physiotherapists, etc.); and counting on others of reference (geriatricians). On the other hand, it is necessary to work with comprehensive approaches based on good coordination between PC and the Community, with various experiences in this regard. The support by the Information and Communication Technologies (ICT) can be very interesting, with tools for both users and careers (e.g., VIVIFRAIL), as well as for social and health professionals (e.g., VALINTAN or WHO ICOPE-Handbook App).

Strategies to intervene in fragility in a more effective and systematic way must be consolidated: with an adequate professional training, establishment of campaigns and dissemination ways for visualizing its relevance and extend their intervention, prioritization of the most effective programmed assistance activities (highlighting fragility), multidisciplinary work with coordination and participation of the different healthcare and community levels and of the patients themselves, and providing the PC with adequate resources.

Key words: Frailty, Primary Health care, Aged, Health services.

Correspondencia:

Iñaki Martín Lesende

Centro de Salud de Indautxu

Doctor Areilza Zumarkalea, 12

48011 Bilbao, España

inaki.martinlesende@osakidetza.es

Cita sugerida: Martín-Lesende I, Acosta-Benito MA, Goñi-Ruiz N, Herreros-Herreros Y. Visión del manejo de la fragilidad en Atención Primaria. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 8 de octubre e202110159.

España es un País muy envejecido. En 2020 la población ≥ 65 años suponía el 19,3% del total y las personas octogenarias el 6,1% (envejecimiento del envejecimiento); y además, con una esperanza de vida al nacer de 86 años en mujeres y de 81 en hombres⁽¹⁾. A partir de los 65 años, el periodo de esperanza de vida con buena salud es del 59% del total en hombres y del 48% en mujeres⁽²⁾. El reto que supone esta realidad requiere implementar estrategias socio-sanitarias con el objetivo global común de promover un envejecimiento activo y comprimir la etapa de supervivencia con mala salud y discapacidad^(3,4).

La situación funcional constituye el mejor indicador y enfoque del estado de salud global de una persona mayor⁽⁵⁾. La fragilidad, considerado un síndrome geriátrico prevenible, diagnosticable y con intervenciones efectivas, es un cuadro íntimamente asociado con la funcionalidad y que precede a la discapacidad. Por ello es una estrategia prioritaria en la atención a las personas mayores.

ESTRATEGIAS Y DIRECTRICES ACTUALES EN EL ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

En los últimos años se ha dado una lógica imbricación entre la atención a las personas mayores y la atención a la cronicidad. El enfoque a la cronicidad ha sido clave en el despliegue estructural clínico de gran parte de las comunidades autónomas (CCAA) en España. Así, en casi todas ellas existen programas asistenciales para las principales patologías crónicas (diabetes, hipertensión arterial, etc...) y su prevención (hiperlipidemia, tabaquismo, etc...), implicando a pacientes y familiares (escuelas de pacientes), incluso dirigidos a aquellos con mayor grado de comorbilidad (pluripatológicos o complejos). Además, se han creado hospitales y unidades dedicadas a su atención y figuras profesionales

específicas (enfermeras gestoras o de prácticas avanzadas). Mientras, se han establecido también programas de valoración de las personas mayores, con carácter preventivo, multidimensional, orientados a la funcionalidad.

Con el objetivo global de afrontar el envejecimiento con una perspectiva funcional, preventiva y aumentando el periodo libre de discapacidad, se han priorizado estrategias principales como son: el ejercicio físico, la atención de los principales síndromes geriátricos (caídas, deterioro cognitivo, etc.), con especial énfasis en la detección y manejo de la fragilidad.

Las **principales directrices en fragilidad** para AP en España son:

- El documento de consenso sobre la fragilidad de la estrategia para la prevención y promoción de salud del Sistema Nacional de Salud⁽³⁾. Recomienda un cribado oportunista en pacientes >70 años sin deterioro funcional en actividades básicas de la vida diaria (ABVD, índice de Barthel ≥ 90), y una detección activa de aquellos integrados ya en otros programas asistenciales específicos. Idealmente a través de pruebas de ejecución o desempeño: *Short Physical Performance Battery (SPPB)*, velocidad de la marcha, o prueba de levántate y anda cronometrada; seguido de una valoración multidimensional tipo valoración geriátrica integral (VGI), para confirmación diagnóstica y, sobre todo, para establecer intervenciones efectivas e individualizadas. Este documento está actualmente en fase de revisión avanzada, por lo que habrá algunas modificaciones en la estrategia en breve. Se elaboró el documento complementario *Recomendaciones para el abordaje de la Fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19*⁽⁶⁾, que consiste en una adaptación del consenso a la etapa de pandemia COVID-19, haciendo hincapié en la AP como medio asistencial clave, pero considerando los recursos y estructuras de apoyo sanitario

y comunitario en la detección y derivación, así como las alternativas a la asistencia presencial.

- Acción Conjunta de la Unión Europea ADVANTAGE⁽⁷⁾. Revisión basada en el “estado del arte” (antecedentes y conocimiento actuales) y recomendaciones para la prevención y manejo de fragilidad, dentro de la finalidad de promover un envejecimiento saludable. Cada estado miembro debía elaborar su propia hoja de ruta y acciones; la de España está disponible en <https://advantageja.eu/images/FPA-Core-ADVANTAGE-doc.pdf>.
- Recomendaciones del Programa de Actividades de Prevención y de Promoción de la Salud de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria (PAPPS-semFYC)⁽⁸⁾, y guía *Fisterra Persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria*^(9,10): Ambas, tratan de responder aspectos de concepto, prevención, diagnóstico y tratamiento en fragilidad, basado en la evidencia científica.

Los Elementos claves y confluyentes de estas guías en cuanto a fragilidad son:

- La AP es el medio prioritario para afrontar-la (diagnóstico e intervención): La mayoría de personas mayores que permanecen en la comunidad presentan un buen estado funcional y de salud⁽¹¹⁾. La AP es el principal medio sanitario donde se manejan de forma longitudinal y se abordan la mayoría de problemas de salud que no se resuelven o contienen en el propio ámbito familiar-social. Y constituye, por tanto, la primera referencia para detectar e intervenir ante la predicción o primeros grados de deterioro funcional.
- Se recomienda un diagnóstico y captación activa con herramientas apropiadas a este ámbito asistencial (AP).

– La valoración geriátrica integral (VGI) es el mejor método para confirmar la fragilidad y establecer intervenciones adecuadas e individualizadas.

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

Como se puede apreciar, se cuenta con sólidas y convincentes directrices para manejar la fragilidad en AP, basadas en la evidencia. Aunque la implantación y despliegue efectivo de la estrategia de fragilidad en las diferentes CCAA, según se aprecia en el capítulo correspondiente del monográfico, no es tan rápida como era de esperar. Sólo cuatro de ellas la están implantando ya, aunque otras ocho tienen intención de hacerlo en los próximos 1 o 2 años. Debemos considerar el impedimento sobrevenido por la pandemia por la COVID-19, aunque esto ya se venía apreciando los años previos.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA FRAGILIDAD EN AP: COLABORACIÓN Y APORTACIÓN DE CADA PROFESIONAL

En la atención a la fragilidad una buena coordinación entre distintos profesionales facilita, por un lado, la adecuada valoración de la persona mayor, ya que la mirada de cada profesional se complementa y, por otro lado, permite el desarrollo de un plan de intervención adaptado e individualizado en el que cada profesional desempeña sus competencias buscando un objetivo común. En algunos casos, estos profesionales ya pertenecen a los equipos de AP; en otros, sería conveniente su incorporación, al menos operativa.

Medicina familiar y comunitaria: Desempeña un papel importante en la valoración global de

la persona mayor frágil, en la elaboración del plan de intervención junto con otros profesionales sanitarios, sobre todo enfermería, y en la coordinación para el manejo clínico de estas personas.

La labor de los profesionales de medicina de AP es relevante en la detección precoz⁽¹²⁾, en la prevención a través de la educación sanitaria (ambas tareas son compartidas con otros profesionales) y en el control de aquellas patologías que se asocian con la aparición del síndrome, tales como los factores de riesgo cardiovascular⁽¹³⁾ o la desnutrición⁽¹⁴⁾. Siempre de forma personalizada, el médico o médica de familia debe priorizar y fijar los objetivos generales y de tratamiento de las patologías presentes en la persona mayor frágil, y ocuparse del manejo y revisión farmacológicos. El uso de herramientas de ayuda a la prescripción ha demostrado reducir la polimedición y los costes asociados a la fragilidad, y puede llevar a una reducción de los efectos secundarios farmacológicos. No se ha encontrado suficiente evidencia de una posible reversión de la fragilidad por esta vía, aunque los estudios disponibles son limitados⁽¹⁵⁾.

Enfermería: Tiene un papel fundamental en la detección precoz y sospecha de situaciones de fragilidad, por su situación privilegiada para detectar cambios funcionales por mínimos que sean. Por un lado, confirman el diagnóstico de fragilidad utilizando escalas, test de ejecución y cuestionarios validados, y se responsabilizan de la valoración multidimensional del paciente: actividades de la vida diaria (básicas, avanzadas, instrumentales), riesgo social, nutrición, etc⁽¹⁶⁾.

La relación de confianza que se establece entre paciente y profesional de enfermería de AP y el conocimiento que se deriva de esta relación, es una fortaleza a la hora de individualizar el plan de intervención y el seguimiento de estas personas. Si bien es un hecho que el manejo de los problemas psicosociales puede

ser mejorado⁽¹⁷⁾. Se ha demostrado que una mayor implicación de enfermería en el manejo de la fragilidad produce una mejor documentación del proceso en la historia clínica, lo que puede redundar en una mayor coordinación entre profesionales de AP, y también la implantación de medidas útiles que tengan impacto en la vida y cuidado de las personas⁽¹⁸⁾.

Las personas con menos patologías concomitantes y una mejor autopercepción de la salud son aquellas que responden mejor a las estrategias multidisciplinares lideradas por personal de enfermería⁽¹⁹⁾. Los programas relacionados con el riesgo de caídas y el manejo de la incontinencia urinaria han demostrado obtener mejores resultados. Por otro lado, el conocimiento del síndrome de fragilidad y de sus complicaciones por parte de la persona mayor puede influir en que responda mejor a aquellos programas que comprende, y cuya relevancia es rápidamente observable. Se ha de realizar una educación poblacional y comunitaria más profunda en torno a la fragilidad⁽²⁰⁾.

Trabajo social: Los componentes sociales de la fragilidad abarcan los conceptos de aislamiento social, soledad, red social, apoyo social y participación social⁽²¹⁾. En el manejo del paciente frágil y la prevención del síndrome, el papel de los profesionales de trabajo social tiene un impacto relevante, especialmente si son trabajadores sociales clínicos, que comparten su actividad y colaboran y se coordinan con el resto de profesionales desde el propio Centro de Salud. Este papel y el beneficio de la intervención social se ha puesto más aún en valor en la pandemia por COVID-19.

Se ha demostrado que las personas mayores con depresión tienen mayores tasas de deterioro físico, sobre todo si se asocia a un pobre entorno social, con redes interpersonales escasas. Estos parámetros, combinados con el deterioro cognitivo, son grandes indicadores de

mortalidad⁽²²⁾. Además, el aislamiento social es un factor pronóstico que se relaciona con una progresión más rápida del síndrome de fragilidad⁽²³⁾.

Fisioterapia y actividad física: La relevancia del ejercicio físico en la prevención y reversión del síndrome de fragilidad ha sido ampliamente demostrada. El ejercicio multicomponente en personas mayores residentes en la comunidad permite no solo revertir la presencia de fragilidad, sino que tiene beneficios emocionales, sociales y cognitivos, llevado a cabo por personal de enfermería experimentado o por fisioterapeutas⁽²⁴⁾. La herramienta VIVIFRAIL (<https://vivifrail.com/es/inicio/>) permite de forma realista la prescripción de ejercicio multicomponente en fragilidad.

El papel de fisioterapeutas y preparadores físicos es especialmente relevante en la prevención, manejo y recuperación de la sarcopenia. Esta entidad, claramente relacionada con el síndrome de fragilidad, puede ser mejorada a través de los programas de ejercicio físico multicomponente⁽²⁵⁾, adaptados a cada paciente, así como el tratamiento de las patologías osteomusculares que pueda presentar.

Nutrición y Salud Bucodental: Aspectos relacionados con ellos se muestran importantes en el manejo de fragilidad. El mantenimiento de una dieta adecuada con nutrientes y contenido calórico apropiados, acorde con el estado físico de las personas y sus patologías, consigue una regresión del estado de fragilidad conforme a la escala de Fried si es mantenido en un periodo mínimo de 3 a 6 meses⁽²⁶⁾. Aunque diversos parámetros han sido relacionados con la presencia del síndrome de fragilidad, solo los niveles bajos de vitamina D se han asociado, con cierta controversia, con una mayor mortalidad en este perfil de pacientes⁽²⁷⁾. Los beneficios de una mayor ingesta de proteínas en la persona frágil todavía no están claros en relación a si se reduce

la morbimortalidad o no con esta estrategia⁽²⁸⁾; se propone mantener un IMC en la persona mayor entre 25 y 30, así como un consumo proteico de al menos 1-1,2 gr proteína por kg de peso diarios⁽⁸⁾. Por tanto, el papel de especialistas en nutrición puede ser relevante en casos seleccionados por la relevancia de la alteración nutricional o la complejidad de los hábitos nutricionales recomendados⁽²⁹⁾.

El estado de la dentición y otras patologías bucodentales incrementan el riesgo de fragilidad, en posible relación con las alteraciones nutricionales secundarias⁽³⁰⁾.

Psicología y gestión de las emociones: Las personas mayores que padecen depresión tienen un mayor riesgo de presentar fragilidad, sin que se haya demostrado una relación causal directa entre ambas⁽³¹⁾. El tratamiento con antidepresivos en personas con fragilidad parece no tener buenos resultados⁽³²⁾, por lo que la terapia psicológica se vuelve más importante. Se han encontrado mayores tasas de ansiedad en determinados subgrupos poblacionales con fragilidad⁽³³⁾, así como de deterioro cognitivo.

Administración y Gestión: En términos macroeconómicos, el síndrome de fragilidad se asocia a un incremento en los costes relacionados con la AP: mayor número de hospitalizaciones, mayor consumo de fármacos y recursos, etc...⁽³⁴⁾ y la atención a la fragilidad no comienza en la edad avanzada. El sistema sanitario y social ha de adaptarse para permitir desde edades tempranas de la vida la adquisición de hábitos que permitan posteriormente alcanzar un envejecimiento lo más saludable posible, en lo que se conoce como “enfoque del curso de la vida” (*life-course approach*)⁽³⁴⁾. La falta de evidencia clínica adecuada para las intervenciones individuales, comunitarias y en los sistemas de salud en relación con la fragilidad dificulta la adaptación de los sistemas sanitarios a esta realidad. Necesitamos acumular más conocimientos sobre

qué estrategias de intervención son efectivas para la fragilidad y determinar si son factibles y rentables. A la vez, la detección de fragilidad no debe fomentar la discriminación de pacientes, ni otras formas de edadismo⁽³⁵⁾.

A nivel de micro y meso gestión, el papel del personal de recepción y administración de un centro sanitario tiene un papel importante a la hora de ayudar en la atención de las personas que acuden al mismo. Algunos proyectos sobre la creación de entornos “amigos de los mayores” están comenzando a investigar las características que pueden hacer que la experiencia de la persona frágil en el sistema sanitario sea no solo agradable, sino valiosa en la mejora de su salud. El manejo de la información, la gestión de las citas o la accesibilidad de los centros del sistema de salud pueden ser factores relevantes a la hora de eliminar las barreras que dificultan la atención óptima a la fragilidad⁽³⁶⁾.

VISIÓN COMUNITARIA EN EL ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD

Tal y como hemos expuesto, nos encontramos ante el reto de fomentar el envejecimiento saludable, intentando optimizar la capacidad intrínseca y funcional. Un punto clave es la detección precoz de la fragilidad, ya que las probabilidades de prevenir la dependencia son mayores si las pérdidas se detectan pronto y si se abordan oportunamente. Los profesionales de Atención Primaria y la propia Comunidad se encuentran en una situación privilegiada para detectar y actuar en aquellas personas mayores que van perdiendo capacidades, ya que basándose en el conocimiento derivado de la proximidad pueden brindar una atención más adecuada para revertir o desacelerar estas pérdidas.

Además, las situaciones que condicionan una disminución de la capacidad intrínseca muchas veces son múltiples o están interrelacionadas,

de modo que suele ser necesaria una evaluación y un abordaje integrado, una intervención compleja, que se adapte a la situación y necesidades reales de la persona mayor⁽³⁷⁾.

Tal como indica el proyecto *Integrated Care for Older People* (ICOPE) es necesario trabajar con enfoques integrales basados en una buena coordinación entre Atención Primaria y la Comunidad, que permitan detectar, intervenir precozmente y gestionar disminuciones importantes en las capacidades físicas y mentales de las personas mayores. Por otro lado, existe evidencia de un mayor beneficio de las intervenciones realizadas en un contexto grupal^(38,39,40).

Existen proyectos interesantes promovidos por profesionales de AP que trabajan en la promoción del envejecimiento saludable y la prevención de la discapacidad de las personas mayores con una mirada comunitaria. Un ejemplo es el **Pacto por la Persona Mayor del Barrio de San Juan** en Pamplona⁽⁴¹⁾, uno de los barrios con mayor índice de envejecimiento de Navarra (figura 1). El Pacto es una acción comprometida y conjunta de distintos colectivos, organizaciones y agentes de salud del barrio que desarrollan propuestas comunitarias en relación a los tres pilares del envejecimiento: salud, participación y seguridad. Uno de sus objetivos desde el inicio ha sido apelar al sentimiento de apoyo y de protección de la persona mayor en la comunidad, estableciéndose una red de acción para detectar posibles situaciones de desvalimiento, de soledad o deterioros incipientes. En estos casos se contacta con el Centro de Salud para valorar la situación. También dentro del Pacto se realizan otras iniciativas para cuidar y mantener el bienestar de las personas mayores: paseo-pintxo saludable, talleres de ejercicio cognitivo, de prevención de caídas, de gimnasia mental, de tejedoras, huertos urbanos, préstamo y lectura de libros en domicilio, programas de ejercicio, de acompañamiento por parte del voluntariado...

Figura 1
Pacto por el Mayor del barrio de San Juan. Firma del pacto con los representantes activos del barrio, huertos urbanos y taller de psicología.



Imágenes cedidas por el Pacto por el Mayor del barrio de San Juan.

La pandemia y su impacto en las personas mayores consolidó la necesidad del Pacto, replantearon nuevas acciones de “emergencia”.

En la misma línea se encuentra el **Proyecto Salubrízate** del Área Sanitaria de Ourense⁽⁴²⁾ (figura 2). Es un plan de acción comunitario transversal, participativo, abierto y multidisciplinar que pretende trabajar el envejecimiento desde el empoderamiento de las personas. El objetivo es la promoción de la salud y el bienestar. El proyecto se basa en grupos socioeducativos de activos jubilados que priorizan necesidades y utilizan recursos de la zona para actuar sobre ellas, por ejemplo, alimentación, ejercicio físico, urbanismo y vecindario, socialización,

contaminación y urgencias básicas, seguidos de paseos con píldoras educativas para crear redes. Y es así como se han desarrollado las líneas del proyecto: CoCo-Alimentación 360°, Aloumíñate en Soledad, la Gripe en tu barrio, Redeiras en la ELA, Salubrízate pola Rúa-Seguridad Vial y Salubrízate COVID que incluye el Itinerante por barrios, el Responde, el Contágate de salud y Salubrízate con Nosotros, un programa semanal en RadioOurense-Cadena SER para acercar la salud global a la ciudadanía.

En este plan los centros de salud se abren a la comunidad en la que trabajan como un recurso más, respetando las dinámicas de cada vecindario. Salubrízate se desarrolla en la ciudad des-

Figura 2
Salubrízate. Sesiones educativas para mayores y análisis de la situación urbanística y mapeo de puntos negros por parte de un grupo de activos jubilados.



Imágenes cedidas por Salubrízate.

de 2018 y actualmente está en fase de expansión y adaptación a otros ayuntamientos de la provincia.

En el ámbito rural el envejecimiento creciente también es una realidad y, aunque, peculiaridades de este ámbito como son la proximidad, la familiaridad y sobre todo la necesidad hacen que la coordinación entre los distintos agentes de salud y el compromiso de la Comunidad sea mayor, existen otros problemas como la dispersión geográfica y una menor disponibilidad de recursos. Otro ejemplo de trabajo comunitario para el envejecimiento saludable y la prevención de la fragilidad, esta vez en el ámbito rural, es el **Proyecto de envejecimiento Saludable en el centro de salud del Valle de Salazar** en Navarra⁽⁴³⁾ (figura 3); valle extenso del Pirineo Navarro que se caracteriza por ser una zona con un bajo número de habitantes, con un marcado envejecimiento y un gran porcentaje de hombres de 80 o más años que viven solos. Los profesionales del Centro de Salud del Valle tienen una larga trayectoria de trabajo en relación con la promoción de envejecimiento saludable, incorporando la valoración funcional periódica en sus programas de atención la persona mayor y realizando

en el Centro de Salud, desde hace 8 años, talleres de ejercicio multicomponente para este perfil de pacientes. Uno de sus principales problemas era cómo dar continuidad en la comunidad a esos grupos y que la dispersión o falta de apoyo no supusiera una barrera para llegar a algunas personas mayores. De esta problemática surgió un acuerdo entre el Centro de Salud, los activos y ayuntamiento de la zona y una cooperativa llamada Eutsi. Esta cooperativa en coordinación con el resto de agentes y en muy estrecha relación con los y las profesionales del Centro de Salud, realiza desde 2017 una iniciativa cuyo objetivo es “sacar” a las personas mayores de sus casas, de su soledad, y mantenerlos activos a la vez que se relacionan con otros vecinos del Valle, “activar mediante el encuentro”, también desde una perspectiva intergeneracional, resolviendo el problema del transporte para aquellas personas mayores con dificultades de acceso realizan programas de ejercicio físico, talleres psicosociales con entrenamiento de atención, concentración, razonamiento y memoria junto con actividades de carácter social entrenamiento de atención, concentración, razonamiento y memoria junto con actividades de carácter social.

Figura 3
Proyecto de envejecimiento Saludable del Valle de Salazar.
Talleres de ejercicio físico y de estimulación cognitiva para mayores.



Imágenes cedidas por la Cooperativa Eutsi.

Durante la pandemia mantuvieron el trabajo con las personas mayores, pero fue necesario también reinventarse dándoles apoyo, inicialmente en sus domicilios y de manera individual, y posteriormente en grupos más reducidos en sus propias localidades.

El desarrollo de iniciativas comunitarias que faciliten la coordinación en el ámbito local puede resultar costoso, pero es una opción factible y deseable para la promoción del envejecimiento saludable e indudablemente conlleva beneficios colaterales que trascienden los objetivos planteados inicialmente, si bien es cierto que existe poca evidencia de la eficacia de intervenciones comunitarias siendo necesario realizar más estudios en este campo.

APOYO DE LAS TIC EN EL MANEJO DE LA FRAGILIDAD

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC), cada vez más presentes en la vida diaria, pueden ayudar en el manejo de la persona frágil. El principal reto en este sentido es

desarrollar herramientas útiles, sencillas y prácticas que puedan ser accesibles a este grupo de población en el que la brecha digital es una realidad.

El uso de las herramientas digitales entre la población mayor no hace más que aumentar y se está integrando en su vida cotidiana a gran velocidad. Si bien, sería importante diferenciar entre el uso de estas tecnologías (ocio, formación, gestión administrativa, etc...) y el acceso a las mismas como receptores de servicios de apoyo (con necesidad de interacción mínima o sin interactuar con la tecnología), ambas categorías pueden combinarse y ser utilizadas simultáneamente por el usuario o incluso formar parte la una de la otra.

La encuesta *Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, año 2015*, del Instituto Nacional de Estadística (INE), recoge cómo el uso de Internet en España se multiplicó por cinco entre 2006 y 2014, pasando del 5,1% al 26,2%, aumentado también su uso en la población comprendida entre los 65 y 74 años⁽⁴⁴⁾.

Está demostrado que el uso de las TIC es beneficioso para adultos mayores: mejora la interacción directa con las personas, contribuye al bienestar y mejora su calidad de vida. Además, el uso de las TIC ofrece una actividad desafiante cognitiva e intelectual que puede empoderar a las personas. Las TIC e internet brindan muchos servicios que apoyan la autonomía en la vejez al facilitar la ejecución de muchas tareas rutinarias a través de servicios electrónicos (por ejemplo, banca, compras y comunicación con servicios sociales y de salud). Los adultos mayores que poseen mejores habilidades cognitivas están mucho mejor posicionados para beneficiarse de estos servicios⁽⁴⁵⁾.

A continuación, diferenciaremos entre herramientas destinadas a usuarios y las destinadas a profesionales.

Herramientas para usuarios y personas cuidadoras:

– VIVIFRAIL⁽⁴⁶⁾. En España se han desarrollado diferentes estrategias en torno a la prescripción de ejercicio multicomponente. Entre ellas la herramienta VIVIFRAIL permite una prescripción adaptada a la capacidad funcional y física de la persona mayor a nivel comunitario (aunque también puede aplicarse en hospitales). El proyecto está orientado a mayores de 70 años y a profesionales prescriptores. En su página web es posible encontrar múltiples textos y herramientas de ayuda, como tablas de ejercicio, vídeos, material gráfico y motivacional. El programa es versátil ya que permite aumentar o disminuir la intensidad del ejercicio dependiendo de la evolución de la persona mayor. Se está llevando a cabo un ensayo clínico para estudiar la eficacia del método^(47,48). Esta herramienta ha demostrado su utilidad en la recuperación después del confinamiento por la pandemia por coronavirus de 2020⁽⁴⁹⁾.

– “El ejercicio te cuida”⁽⁵⁰⁾. Es un programa de carácter sociosanitario de la Junta de Extremadura, desarrollado y coordinado desde la Fundación Jóvenes y Deporte. Tiene como finalidad mejorar la calidad de vida y la salud de las personas mayores a través de la actividad física. Consiste en un programa de actividad física orientado a personas mayores de 55 años. Su finalidad es la de proporcionar a la población destinataria un servicio basado en el ejercicio físico, articulado en tres sesiones semanales de 60 minutos de duración, en aras a mejorar o preservar los distintos componentes que intervienen en la condición física saludable, con el objetivo de contribuir a la promoción de la salud y prevención de las situaciones de dependencia; mejorar los estilos de vida saludables y ampliar los recursos comunitarios de apoyo a los sistemas de servicios sociales y sanitarios. A través de la web se pueden visualizar los vídeos para realizar las sesiones en casa.

– App Rosita: creada por *Hearts Radiant SL*, diseñada por profesionales de la salud, tiene su origen en la Escuela de Longevidad del Balneario de Cofrentes. La aplicación permite realizar una valoración inicial de la funcionalidad/fragilidad de la persona usuaria y a partir de aquí se pautan ejercicios para mejorar fuerza, equilibrio y resistencia, teniendo también por objetivo mejorar el dolor. También incluye píldoras educativas audiovisuales sobre envejecimiento saludable. Es de muy fácil uso.

– Programa “En buena edad”⁽⁵¹⁾, desarrollado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, a través del proyecto *Fomento del envejecimiento activo a través de soluciones digitales*. Tiene como objetivo principal la creación de un espacio web para la promoción del envejecimiento activo y saludable. Su función es contribuir a un envejecimiento activo y saludable a través de:

- i) Proporcionar información, herramientas y asesoramiento para contribuir a la toma de decisiones saludables.
- ii) Servir de espacio de comunicación entre ciudadanía, profesionales, asociaciones y personas.
- iii) Recopilar la evidencia científica y las buenas prácticas.
- iv) Organizar actividades de entrenamiento de profesionales, grupos específicos y/o para la ciudadanía que permitan promover las competencias necesarias.

Herramientas para profesionales sociosanitarios:

- La herramienta VALINTAN⁽⁵²⁾, de valoración tipo VGI en AP, cuyo eje es la funcionalidad, se centra en diagnósticos predefinidos asociados con intervenciones efectivas documentalmente expuestas o con la fragilidad o pérdida funcional. Actualmente la herramienta está ya operativa y de acceso libre⁽⁵³⁾, prosiguiendo su validación y utilización⁽⁵⁴⁾. Viene a salvar inconvenientes que hasta ahora limitan la implantación y extensión de la VGI en AP: tiempo en cumplimentarla, usabilidad y facilitación mediante una informatización intuitiva y dirigida. Facilita finalmente intervenciones adecuadas como motriz fundamental, y desarrollada siguiendo una dinámica de validación centrada en las necesidades de profesionales y pacientes mayores de la AP⁽⁵⁵⁾.
- Geriatri App: Herramienta con componente multidominio que permite determinar rápidamente el estado general de una persona mayor, realizando un abordaje global e identificando la población en riesgo que puede beneficiarse de una evaluación por parte de su profesional de referencia en AP y si lo requiere, de su

geriatra de referencia. El objetivo es facilitar a los profesionales de la salud la toma de decisiones durante su ejercicio profesional, identificar problemas de salud que puedan impactar negativamente sobre los resultados deseados y permitir realizar una actuación posterior⁽⁵⁶⁾.

– App *WHO ICOPE, Handbook App, Integrated Care for Older People (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*⁽⁵⁷⁾, proporciona ayuda a trabajadores de salud y de atención comunitaria para poner en práctica las recomendaciones descritas en las directrices ICOPE. El plan de atención incluye múltiples intervenciones para gestionar la disminución de la capacidad, proporcionar asistencia social y apoyar a las personas cuidadoras. Empleada juntamente con otras herramientas desarrolladas por la Organización mundial de la Salud (OMS), entre las que figura un nuevo manual, la aplicación permitirá acelerar la capacitación de los y las profesionales que trabajan con personas mayores para mejorar la atención de sus diversas necesidades.

– POWERFRAIL: desarrollada por investigadores del Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES) en el Grupo GENUD Toledo (Universidad de Castilla-La Mancha) y el Complejo Hospitalario de Toledo. Evalúa la potencia muscular y la fragilidad mediante 2 herramientas:

- i) El test de potencia *Sit to stand to sit* (STS), que evalúa la potencia muscular de las extremidades inferiores durante el ejercicio de levantarse y sentarse de la silla.
- ii) El test de fragilidad (*Frailty Trait Scale, FTS-5*)⁽⁵⁸⁾, que evalúa el grado de fragilidad mediante 5 ítems: índice de masa corporal,

equilibrio, fuerza manual, velocidad de la marcha y actividad física.

Aporta recomendaciones individualizadas sobre qué contenidos deben ser mejorados y qué tipo de actividad física debe realizarse para alcanzar unos niveles saludables.

RETOS FUTUROS

Tradicionalmente la atención sanitaria de las personas mayores se ha centrado en las enfermedades, poniendo así el centro del interés y el esfuerzo del profesional sanitario en el diagnóstico y el tratamiento de las mismas. Centrar la atención en la situación funcional cuando se atiende a personas mayores sigue siendo una asignatura pendiente. También se debe mejorar en la traslación de la investigación y evidencia sobre la detección y manejo de la fragilidad a la clínica asistencial efectiva y evaluar su impacto^(59,60), para conseguir una más amplia y rápida implantación, una vez reconocida su prioridad.

Uno de los puntos claves en el manejo de la fragilidad es la generalización de su detección, fundamental para que las intervenciones sean eficaces y se consiga revertir la situación. Para ello es necesario visibilizar este síndrome a nivel poblacional y a nivel profesional, pudiendo ser interesante el desarrollo de campañas poblacionales de concienciación y de información para la autodetección o identificación por parte de familiares o personas cuidadoras de los principales síntomas asociados a la fragilidad: cansancio, pérdida de peso involuntaria, marcha lenta, problemas de memoria o de movimiento. Se debe dar la visión positiva de que la fragilidad es una situación que debe valorarse y que en muchos casos puede ser reversible, por lo que es necesario que en caso de sospecha se consulte con su profesional sanitario de referencia.

Es muy necesario seguir trabajando en formar y sensibilizar a los profesionales de Atención Primaria para que no minimicen los síntomas de fragilidad relacionándolos con un proceso de envejecimiento “normal”, sino que su detección conlleve un despistaje y una valoración posterior, y para que presten atención ante pérdidas funcionales o situaciones de mayor riesgo (hospitalizaciones recientes o repetitivas, caídas, viudedad reciente, problemática social...). Es necesario reflexionar sobre la atención que se presta a la población mayor en los Centros de Salud y priorizar aquellas acciones y estrategias que han demostrado una mayor efectividad, considerando una visión multidimensional y más sindrómica, con una adecuada coordinación sociosanitaria y comunitaria con integración de procesos y estrategias de organización centradas en el primer nivel asistencial.

El afrontamiento de la fragilidad requiere de un cambio en la forma en que profesionales y pacientes encaran este síndrome. Mientras que los profesionales se preocupan más por disminuir el deterioro futuro, la preocupación de los pacientes está centrada en recuperar las capacidades perdidas. Ambas visiones deben fusionarse de modo que se trate de forma holística al individuo, intentando no sólo evitar el deterioro, sino mejorar la capacidad presente y la adaptación al entorno⁽⁶¹⁾.

Un importante reto a futuro es seguir trabajando en el desarrollo de TIC en relación a la fragilidad que ayuden a pacientes y profesionales tanto en la detección, como en la intervención y en la monitorización. Es relevante que exista una integración de las principales herramientas de detección y de intervención en los sistemas informáticos utilizados habitualmente por profesionales sanitarios que atienden a las personas mayores frágiles. Es necesario disponer de protocolos informáticos integrados, sencillos

e “inteligentes” que faciliten el registro, y cuyo objetivo principal sea guiar y ayudar en el proceso de detección, de diagnóstico o de manejo (propuesta de sugerencias de intervención, alertas ante determinadas situaciones, etc.)

Debe seguirse trabajando en una mayor coordinación entre niveles asistenciales. Esta mejor coordinación viene facilitada por el desarrollo de sistemas de información o historias clínicas únicas y comunes (AP-Hospitalaria-Social), así como por la existencia de herramientas de comunicación clínica, pero también por un mayor contacto entre niveles que permita poner a la persona mayor frágil en el centro para lograr un objetivo común, independientemente de si es atendido en uno u otro nivel.

Si tenemos en cuenta que el envejecimiento poblacional es un hecho en nuestro país y que la atención a la cronicidad y a la discapacidad en las personas es un problema de salud de primer orden, y si la AP es el medio asistencial primordial para la detección y manejo de la fragilidad y de la atención y prevención en personas mayores en general, es una necesidad su reconocimiento, dotarla de medios adecuados y además que los y las profesionales de los Centros de Salud cuenten con apoyos de otros niveles asistenciales (profesionales de nutrición y dietética, de psicología, fisioterapeutas, geriatras...) para aquellas personas que necesiten intervenciones más intensivas.

Es de esperar que en base a la evidencia creciente sobre la “atención de valor” se adapten los protocolos y la actividad estructurada en AP en las diferentes CCAA. La actividad asistencial se ha de centrar en la efectividad y la pertinencia, buscando una atención a las personas mayores más integradora, multidisciplinar, que persiga objetivos globales en torno a la funcionalidad, con apoyos reales. La detección y manejo de

la fragilidad ha de ocupar un lugar preferente, acompañado todo ello de una evaluación continua de los procesos generados en torno a ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadística_P&cid=1254734710984
2. Pérez J, Abellán A, Aceituno P, Ramiro D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020 Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red (EnR). 2019. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor (estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS). 2014. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>
4. Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ, Regato P, Abizanda P, Formiga F *et al.* Grupo Impulsor Documento. Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42(Supp2):S15-56. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)75736-0](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)75736-0)
5. Kalache A. Envejecimiento activo, un marco político ante la longevidad. International Longevity Centre Brazil, (edición en español, Escuela Andaluza de Salud Pública). 2015. Disponible en: <https://www.easp.es/project/envejecimiento-activo-un-marco-politico-ante-la-revolucion-de-la-longevidad/>
6. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19. Madrid: 2021. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/Covid19_Fragilidad.htm

7. ADVANTAGE Joint Action (JA). Promoting Healthy Ageing through a frailty prevention approach. 2020. Disponible en: <http://doi.org/10.1111/jgs.16278>. www.advantageja.eu/index.php/es/
8. Gorroñoigoitia A, López-Torres, Martín-Lesende I, Herreros Y, Acosta MA, de Hoyos MC, etc. Actualización PAPPS GdT Mayor 2020. *Aten Primaria*.2020;52(Suppl2):S114-124. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.005>
9. Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Abizanda P, Justo S. Update of the Spanish Fisterra guideline “Frail elderly people: detection and management in Primary Health Care”. What contributes and highlight. *Health Prim Car*.2021;5:3-5 <https://doi.org/10.15761/HPC.1000215>
10. Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Molina M, Abizanda P. Frail elderly people: Detection and management in primary care. *Eur Geriatr Med*.2015;6(5):447-455. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2015.05.014>
11. Martín-Lesende I, Maroto MC, Peña ML, Sáenz A, Sánchez I, Meras JM *et al*. Frailty and Related Factors Based On A Multidimensional Assessment In People 70 Years Old Or Over. *MOJ Gerontol Ger*.2017;1(1):00004 <https://doi.org/10.15406/mojgg.2017.01.00004>
12. Ruiz JG, Dent E, Morley JE, Merchant RA, Beilby J, Beard J *et al*. Screening for and Managing the Person with Frailty in Primary Care: ICFSR Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging*.2020;24(9):920-927. <http://doi.org/10.1007/s12603-020-1492-3>
13. Joyce E. Frailty and cardiovascular disease: A two-way street?. *Cleve Clin J Med*;85(1):65-68. <http://doi.org/10.3949/ccjm.85a.17075>
14. Zugasti Murillo A, Casas Herrero Á. Síndrome de fragilidad y estado nutricional: valoración, prevención y tratamiento. *Nutr Hosp*. 2019 Jul 1;36(Spec No2):26-37. <http://doi.org/10.20960/nh.02678>
15. Curtin D, Jennings E, Daunt R, Curtin S, Randles M, Gallagher P *et al*. Deprescribing in Older People Approaching End of Life: A Randomized Controlled Trial Using STOPP Frail Criteria. *J Am Geriatr Soc*.2020;68(4):762-769. <http://doi.org/10.1111/jgs.16278>
16. Lyndon H, Underwood F, Latour JM, Marsden J, Brown A, Kent B. Effectiveness of nurse-coordinated, person-centered comprehensive assessment on improving quality of life of community-dwelling, frail older people: a systematic review protocol. *JBISIRIR-D-19-00082*. <http://doi.org/10.1111/jgs.16278>
17. Bindels J, Cox K, Widdershoven G, van Schayck OC, Abma TA. Care for community-dwelling frail older people: a practice nurse perspective. *J Clin Nurs*.2014;23(15-16):2313-2322. <https://doi.org/10.1111/jocn.12513>
18. Gabbard J, Pajewski NM, Callahan KE, Dharod A, Foley KL, Ferris K *et al*. Effectiveness of a Nurse-Led Multidisciplinary Intervention vs Usual Care on Advance Care Planning for Vulnerable Older Adults in an Accountable Care Organization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*.2021;181(3):361-369. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5950>
19. Bleijenberg N, Imhof L, Mahrer-Imhof R, Wallhagen MI, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Patient Characteristics Associated With a Successful Response to Nurse-Led Care Programs Targeting the Oldest-Old: A Comparison of Two RCTs. *Worldviews Evid Based Nurs*.2017;14(3):210-222. <http://doi.org/10.1111/wvn.12235>
20. Bleijenberg N, Ten Dam VH, Drubbel I, Numans ME, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Treatment Fidelity of an Evidence-Based Nurse-Led Intervention in a Proactive Primary Care Program for Older People. *Worldviews Evid Based Nurs*.2016;13(1):75-84. <http://doi.org/10.1111/wvn.12151>
21. Bessa B, Ribeiro O, Coelho T. Assessing the social dimension of frailty in old age: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*.2018;78:101-113. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.005>
22. Ma L, Sun F, Tang Z. Social Frailty Is Associated with Physical Functioning, Cognition, and Depression, and Predicts Mortality. *J Nutr Health Aging*.2018;22(8):989-995. <http://doi.org/10.1007/s12603-018-1054-0>

23. Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2018;47(3):392-397. <http://doi.org/10.1093/ageing/afx188>
24. Tarazona-Santabalbina FJ, Gómez-Cabrera MC, Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Cabo H, Tsaparas K *et al*. A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(5):426-433. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.019>
25. Crosignani S, Sedini C, Calvani R, Marzetti E, Cesari M. Sarcopenia in primary care: screening, diagnosis, management. *J Frailty Aging*. 2021;10(3):226-232. <http://doi.org/10.14283/jfa.2020.63>
26. Hsieh TJ, Su SC, Chen CW, Kang YW, Hu MH, Hsu LL *et al*. Individualized home-based exercise and nutrition interventions improve frailty in older adults: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2019;16(1):119. <http://doi.org/10.1186/s12966-019-0855-9>. Erratum in: *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2019;16(1):136.
27. Jayanama K, Theou O, Blodgett JM, Cahill L, Rockwood K. Frailty, nutrition-related parameters, and mortality across the adult age spectrum. *BMC Med*. 2018;16(1):188. <http://doi.org/10.1186/s12916-018-1176-6>. Erratum in: *BMC Med*. 2018;16(1):235.
28. Schoufour JD, Overvest E, Weijs PJM, Tieland M. Dietary Protein, Exercise, and Frailty Domains Nutrients. 2019;11(10):2399. <http://doi.org/10.3390/nu11102399>
29. O'Connell ML, Coppinger T, McCarthy AL. The role of nutrition and physical activity in frailty: A review. *Clin Nutr ESPEN*. 2020;35:1-11. <http://doi.org/10.1016/j.clnesp.2019.11.003>
30. Shwe PS, Ward SA, Thein PM, Junckerstorff R. Frailty, oral health and nutrition in geriatrics inpatients: Across-sectional study. *Gerodontology*. 2019;36(3):223-228. <http://doi.org/10.1111/ger.12397>
31. Ruiz-Grao MC, Sánchez-Jurado PM, Molina-Alarcón M, Hernández-Martínez A, Avendaño Céspedes A, Abizanda P. Frailty, depression risk, and 10-year mortality in older adults: the FRADEA study. *Int Psychogeriatr*. 2021 Aug;33(8):803-812. <http://doi.org/10.1017/S1041610220003506>
32. Mallery L, MacLeod T, Allen M, McLean-Veysey P, Rodney-Cail N, Bezanson E *et al*. Systematic review and meta-analysis of second-generation antidepressants for the treatment of older adults with depression: questionable benefit and considerations for frailty. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):306. <http://doi.org/10.1186/s12877-019-1327-4>
33. Uchmanowicz I, Lomper K, Gros M, Kałużna-Oleksy M, Jankowska EA, Rosińczuk J *et al*. Assessment of Frailty and Occurrence of Anxiety and Depression in Elderly Patients with Atrial Fibrillation. *Clin Interv Aging*. 2020;15:1151-1161. <http://doi.org/10.2147/CIA.S258634>
34. Hoogendijk EO, Afילו J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019;394(10206):1365-1375. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31786-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31786-6)
35. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*. 2019;394(10206):1376-1386. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4).
36. Acosta-Benito MA, Rodríguez V, Barrio J, García RA. Age-friendly primary care health centers. Why are they necessary? *Int J Fam Comm Med*. 2018;2(4):180-183. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2018.02.00076>
37. Blancafort-Alias S, Cuevas-Lara C, Martínez-Velilla N, Zambom-Ferraresi F, Soto ME, Tavassoli N, Mathieu C *et al*. Multi-Domain Group-Based Intervention to Promote Physical Activity, Healthy Nutrition, and Psychological Wellbeing in Older People with Losses in Intrinsic Capacity: AMICOPE Development Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5979. <http://doi.org/10.20944/preprints202104.0427.v2>

38. Hoddinott P, Allan K, Avenell A, Britten J. Group interventions to improve health outcomes: A framework for their design and delivery. *BMC Public Health*.2010;10:800. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-800>
39. Haslam C, Haslam SA, Jetten J, Bevins A, Ravenscroft S, Tonks J. The social treatment: The benefits of group interventions in residential care settings. *Psychol Aging*.2010; 25:157–167. <https://doi.org/10.1037/a0018256>
40. Borek AJ, Abraham C. How do small groups promote behaviour change? An integrative conceptual review of explanatory mechanisms. *Appl Psychol Health Well Being*.2018;10:30–61. <https://doi.org/10.1111/aphw.12120>
41. Pacto Persona Mayor San Juan. Disponible en: <https://pactoporelmayor.blogspot.com/>
42. Centro de Salud Nóvoa y Santos. Ourense. Servizo Galego de Saúce. Salubrizate, En harmonía coas persoas e co entorno. Disponible en: <https://www.sergas.es/Sociosanitario/Salubrizate?idioma=es>
43. Antartika. Abordar el envejecimiento activo en el Pirineo. Disponible en: <https://www.antartika.org/es/proyectos/binomio-marc-badal-asociacion-eutsi>
44. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Guía de buenas prácticas en Geriátría. Herramientas digitales en Geriátría: evaluación y recomendaciones. 2018. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/HERRAMIENTAS_DIGITALES_EN_GERIATRIA.pdf
45. Keränen NS, Kangas M, Immonen M, Similä H, Enwald H, Korpelainen R *et al*. Use of Information and Communication Technologies Among Older People With and Without Frailty: A Population-Based Survey. *J Med Internet Res*.2017;19(2):e29. <https://doi.org/10.2196/jmir.5507>
46. Vivifrail. Disponible en: <https://vivifrail.com/es/inicio/>
47. Izquierdo M. Prescripción de ejercicio físico. El programa Vivifrail como modelo [Multicomponent physical exercise program: Vivifrail]. (Spanish) *Nutr Hosp*.2019;36(Suppl2):S50-56. <https://doi.org/10.20960/nh.02680>.
48. Casas-Herrero A, Anton-Rodrigo I, Zambom-Ferraresi F, Sáez de Asteasu ML, Martínez-Velilla N, Elexpuru-Estomba J *et al*. Effect of a multicomponent exercise programme (VIVIFRAIL) on functional capacity in frail community elders with cognitive decline: study protocol for a randomized multicentre control trial. *Trials*.2019;20(1):362. <http://doi.org/10.1186/s13063-019-3426-0>
49. Courel-Ibáñez J, Pallarés JG, García-Conesa S, Buendía-Romero Á, Martínez-Cava A, Izquierdo M. Supervised Exercise (Vivifrail) Protects Institutionalized Older Adults Against Severe Functional Decline After 14 Weeks of COVID Confinement. *J Am Med Dir Assoc*.2021;22(1):217-9.e2. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.007>
50. El ejercicio te cuida. Junta de Extremadura. Disponible en: <https://elejerciciotecuida.com/index.php/el-programa>
51. Programa En buena edad. Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.enbuenaedad.es/>
52. Herramienta VALINTAN. Disponible en: www.valintan.com
53. Martín-Lesende I, Mendibil LI, Berrizbeitia A, Llamosas I. Herramienta informática VALINTAN (www.valintan.com) de valoración geriátrica para atención primaria (carta al Editor). *Aten Primaria*.2020;52(8):590-591 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.016>
54. Martín-Lesende I, Mendibil LI, Berrizbeitia A, Aguirre N, Llamosas I, Merino I. Comparación/coincidencia en diagnósticos e intervenciones entre la valoración geriátrica integral VALINTAN y la estándar realizada por geriatras. Estudio piloto. *Gac Med Bilbao*.2021;118(2):99-107. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/843>
55. Merino-Pardo I, Martín-Lesende I, Mendibil-Crespo LI, Aguirre-Basaras N, Palazuelos- Hernández I, Saiz-Baceta J. Priorización por los pacientes de una serie de componentes habituales en la valoración geriátrica integral realizada en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.05.007>

56. Bautista HA, Perafán D, Torres C, López JH. Presentación de GeriatriApp: una app para la evaluación geriátrica integral en español. *Aten Primaria*.2020;52(6): 436–438. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.011>
57. WHO ICOPE, Handbook App. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326843>
58. García-García FJ, Carnicero JA, Losa-Reyna J, Alfaro-Acha A, Castillo-Gallego C, Rosado-Artalejo C *et al*. Frailty Trait Scale-Short Form: A Frailty Instrument for Clinical Practice. *J Am Med Dir Assoc*.2020;21(9):1260-1266.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.008>
59. Maltese G, Corsonello A, Di Rosa M, Soraci L, Vitale C, Corica F *et al*. Frailty and COVID-19: A Systematic Scoping Review. *J Clin Med*.2020;9(7):2106. <http://doi.org/10.3390/jcm9072106>
60. Moug S, Carter B, Myint PK, Hewitt J, McCarthy K, Pearce L. Decision-Making in COVID-19 and Frailty. *Geriatrics (Basel)*.2020;5(2):30. <http://doi.org/10.3390/geriatrics5020030>
61. La Grouw Y, Bannink D, van Hout H. Care Professionals Manage the Future, Frail Older Persons the Past. Explaining Why Frailty Management in Primary Care Doesn't Always Work. *Front Med (Lausanne)*.2020;7:489. <http://doi.org/10.3389/fmed.2020.00489>