

PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LA PERSONA MAYOR (2024)

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
SERVICIO RIOJANO DE SALUD
REVISIÓN ABRIL 2024

AUTORIA

Coordinación institucional

Gerencia de Atención Primaria. Servicio Riojano de Salud (SERIS).

Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados. Viceconsejería de Salud y Políticas Sociosanitarias.

2

Coordinación técnica

Alicia Ibañez Saénz. Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria. Consultorio La Estrella. SERIS.

María Victoria González González. Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria. Consultorio Ezcaray. SERIS.

Raquel Pérez Zuazo. Facultativo Especialista en Geriátría. Hospital de La Rioja. SERIS. Grupo de trabajo de prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

Autoría: Grupo de trabajo para la elaboración del Programa

Ruth Cotelo Sáenz. Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alberite. SERIS. Miembro de la Comisión Técnica de Salud Comunitaria (Escuela de Salud de La Rioja).

María Victoria González González. Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria. Consultorio Ezcaray. SERIS.

Noemí Marauri Corcuera. Enfermera Especialista Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arnedo. SERIS.

David Mendoza Ibañez. Enfermero de Atención Hospitalaria. Equipo funcional Historia Clínica Electrónica Selene. SERIS.

Ignacio Ocón Ascacibar. Enfermero de Atención Hospitalaria. Equipo funcional Historia Clínica Electrónica Selene. SERIS.

Grupo consultor del contenido del Programa

Laura Bea Berges. Jefa de Coordinación asistencial. Dirección Médica de la Gerencia de Atención Primaria. SERIS.

María Jesús Chinchetru Ranedo. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Pedro

Rafael Crespo Sabaris. Médico de Atención Primaria. Consultorio Entrena. SERIS.

Carolina Crespo de Mata. Dietista –Nutricionista. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Pedro.

Paula Guerrero Alonso. Médico de Atención Primaria. Consultorio Cenicero. SERIS

TABLA DE CONTENIDO

AUTORIA.....	2
ABREVIATURAS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO LEGAL Y ESTRATÉGICO.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS.....	12
OBJETIVO PRINCIPAL.....	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	12
CAPTACIÓN POBLACIÓN DIANA.....	13
PROPUESTA DE DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN PARA LA FRAGILIDAD.....	14
CRIBADO.....	15
VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS.....	15
ESCALA FRAIL.....	15
TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA (VM).....	16
PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO O SHORTPHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)	16
TEST DEL EQUILIBRIO.....	17
TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA.....	17
TEST DE LEVANTARSE Y SENTARSE (TUG).....	18
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.....	19
TIPOS DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE PARA LA MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL REISGO DE CAIDAS EN EL ANCIANO FRÁGIL Y PRE FRÁGIL.....	20
RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.....	21
REVISIÓN Y ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN.....	21
OTRAS INTERVENCIONES.....	22
EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN.....	22
INDICADORES DE PROCESO.....	22
INDICADORES DE RESULTADO.....	23
HISTORIA CÍNICA ELECTRÓNICA SELENE AP.....	24
FORMULARIOS.....	24
CRIBADO DE FRAGILIDAD.....	24

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE FRÁGIL	27
VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL.....	30
GESTOR DE PACIENTES.....	31
PERFIL LABORATORIO FRAGILIDAD	33
PLANTILLAS.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	36
ANEXOS	48
ÍNDICE DE BARTHEL.....	48
ESCALA DE FRAIL	50
RECOMENDACIONES	51
SEGURIDAD PARA EVITAR ACCIDENTES EN HOGAR.....	51
MANTENERSE ACTIVO Y PREVENIR CAÍDAS	52
EJERCICIOS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS	53
PLATO SALUDABLE	55
RECOMENDACIONES DIETA SALUDABLE PACIENTE FRÁGIL.....	56
RECOMENDACIONES DIETA SALUDABLE PACIENTE FRÁGIL.....	57
DIETA ENRIQUECIMIENTO PROTEICO	58
EJERCICIO PERSONA DEPENDIENTE	59
EJERCICIO PERSONA FRÁGIL.....	60
EJERCICIO PERSONA FRÁGIL.....	61
EJERCICIO PERSONA NO FRÁGIL.....	62
ADHERENCIA TRATAMIENTO	63
PERFIL LABORATORIO FRAGILIDAD	64

ABREVIATURAS

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AP	Atención Primaria
CC.AA.	Comunidades y Ciudades Autónomas
CSF	Escala Clínica de Fragilidad (Clinical Frailty Scale)
EA	Envejecimiento Activo
EPSO	Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud
EpS	Educación para la Salud
FI	Índice de Fragilidad (Frailty Index)
FPA	Abordaje de la Prevención de Fragilidad (Frailty Prevention Approach)
FTS	Escala de Rasgo de Fragilidad (Frailty Trait Scale)
HCE	Historia clínica electrónica
MNA	Mini Evaluación Nutricional (Mini Nutritional Assessment)
MNA-SF	Mini Evaluación Nutricional-forma corta (Mini Nutritional Assessment-Short Form)
m/s	Metros por segundo
OMS	Organización Mundial de la Salud
Seg	Segundos
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPPB	Prueba Corta de Desempeño Físico (Short Physical Performance Battery)
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
TUG	Prueba “Levántate y anda” (Test get up and go)
UE	Unión Europea
VGI	Valoración Geriátrica Integral
VGS	Valoración Global Subjetiva
VM	Velocidad de la marcha

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional y el aumento de la longevidad constituyen uno de los mayores logros alcanzados, al mismo tiempo que suponen un reto para la transformación de los sistemas sanitarios ante los nuevos requerimientos de la población. Las oportunidades que ofrece esta transición demográfica son tan amplias como las contribuciones que puede aportar a la sociedad una población de personas mayores que mantengan un envejecimiento activo y saludable. Es decir, estas oportunidades vendrán marcadas por la capacidad que tengamos como sociedad de aumentar no solo la esperanza de vida de la población, sino que los años ganados se vivan con buena salud.

Nuestro país se encuentra a la cabeza de los países con una esperanza de vida al nacer más alta del mundo, que se situó en 2022 en 82,3 años (85,1 en mujeres y 79,6 en hombres) pero otros países de nuestro entorno nos aventajan en esperanza de vida en buena salud.

Por tanto, el desafío actual es actuar sobre los factores modificables y sujetos a intervención, como la fragilidad, para fomentar el mantenimiento de la capacidad funcional contribuyendo con ello a la limitación de la aparición de discapacidad o dependencia.

MARCO LEGAL Y ESTRATÉGICO

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud EPSP provee de un marco general que permite el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Tiene un enfoque integral, con una visión de curso de vida y equidad, teniendo en cuenta el entorno donde las personas desarrollan su vida diaria para que genere salud, proteja y posibilite el máximo potencial de salud y la prevención de enfermedades. Y cuenta con un enfoque poblacional, no solo mediante el abordaje de los factores de riesgo sino potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud, teniendo además en cuenta, las fortalezas y capacidades de las personas, la comunidad y sus «activos» en general.

Este documento también tiene presente el marco legislativo de la ley sanitaria básica:

- ❖ El artículo 43 de la Constitución Española. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- ❖ La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- ❖ La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que en su artículo 21, establece las bases por ley para la prevención de las situaciones de dependencia y las desarrolla normativamente mediante las resoluciones de 23 de abril de 2013 y 25 de Julio de 2013 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- ❖ El RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; en su Anexo II recoge el abordaje de la promoción y la prevención en el ámbito sanitario y, específicamente, para AP, reconociendo este nivel asistencial como nivel básico e inicial

de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo del curso de vida y que comprende entre sus actividades la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles y sectores implicados tales como los dispositivos sociales y educativos.

- ❖ La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. El Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que establece la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, en la que se determinan las actividades asistenciales de prevención homogéneas en todo el territorio. El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Se encuentra además alineado con diversas estrategias e instrumentos internacionales, desarrollados con el fin de abordar los grandes retos para la salud como son el creciente envejecimiento poblacional y el aumento de la carga de las enfermedades crónicas.

Así pues, en la redacción de este se ha tenido presente el objetivo global establecido en 2011 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, “25 para el 25”, que suponía reducir un 25% la mortalidad prematura asociada a las enfermedades no transmisibles para el año 2025. Así como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la ONU en 2015, y que incluye el Objetivo 3 “Salud y Bienestar” orientado a garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal. Para alcanzar este objetivo, una de las metas recogidas fue la 3.4 que insta, para 2030, a reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. También se ha tenido muy presente el Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030, en el que las personas mayores serán el eje central del plan que aunará los esfuerzos de todos los actores implicados, en aras de mejorar la vida de estas personas, así como las de sus familias y comunidades. Se trata del segundo plan de acción de la estrategia mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el envejecimiento y la salud, que desarrolla el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas en el que se resolvió adoptar un Plan de Acción global "para responder a las oportunidades y desafíos del envejecimiento de la población en el siglo XXI y promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades". Este se ajusta al calendario de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El Decenio del Envejecimiento Saludable tiene como base la Estrategia mundial sobre el envejecimiento y la salud (2016-2030), que prevé la adopción de medidas multisectoriales para introducir un enfoque del envejecimiento saludable que abarque toda la vida, a fin de fomentar una vida más larga y saludable libre de discapacidad.

El abordaje de la fragilidad se encuentra alineado con el objetivo de mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece, recogido en el marco político y de acción propuesto por la OMS, denominado Envejecimiento Activo (EA) , así como el Envejecimiento Saludable, definido como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional (compuesta por la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan a esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características) que permite el bienestar en la vejez.

Además, la Unión Europea priorizó la promoción del envejecimiento activo a lo largo del curso de vida en la estrategia de “Salud 2020”, y 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, primera acción conjunta centrada en fragilidad, con la participación de 22 estados miembros y 38 organizaciones y liderado por España. 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. Entre los principales resultados de la Acción Conjunta ADVANTAGE se encuentra el documento denominado Frailty Prevention Approach (FPA), que incluye las principales conclusiones de las revisiones bibliográficas realizadas, así como recomendaciones claras y concretas para aplicar esas conclusiones y abordar la fragilidad, no solo en su prevención, sino también en su detección y tratamiento, de una manera efectiva y homogénea en toda Europa.

El FPA es un documento guía en Europa para fortalecer las capacidades nacionales y así acelerar los esfuerzos para desarrollar políticas de envejecimiento saludable centradas en la prevención y el abordaje de la fragilidad. Las recomendaciones del FPA se presentan en diez dominios o áreas de trabajo que incluyen todas las actividades que debería llevar a cabo cualquier autoridad interesada en ocuparse de la fragilidad, además de una justificación teórica, posibles indicadores y un ejemplo de buena práctica relacionada.

En nuestro país, los resultados de ADVANTAGE se plasmaron en la elaboración de la “Hoja de Ruta para el Abordaje de la Fragilidad”, elaborada en el marco de la Acción Conjunta ADVANTAGE y el Grupo de Trabajo de prevención de fragilidad y caídas de la EPSP y aprobada por la Comisión de Salud Pública en 2019. En ella se incluyen seis acciones a desarrollar en los próximos años:

1. Convertir la fragilidad en una prioridad de salud pública
2. Promocionar el abordaje de la fragilidad a nivel poblacional (incluyendo su prevención, detección precoz poblacional y vigilancia/monitorización)
3. Promocionar el manejo/abordaje de la fragilidad a nivel individual (incluyendo prevención, detección precoz individual, diagnóstico y manejo)
4. Establecer y mejorar de manera continuada un modelo integrado y coordinado de cuidado que aborde la fragilidad
5. Facilitar de manera sostenible la formación de profesionales en fragilidad y envejecimiento (incluyendo formación profesional, pre y post graduado y formación continua)
6. Fortalecer la capacidad de investigación en envejecimiento y fragilidad

Con el fin de que todo ello suponga no solo un beneficio para las personas mayores, sino para la sociedad en su conjunto.

ESTADO DEL ARTE DE LA FRAGILIDAD

La fragilidad, entidad nosológica con menos de 25 años de historia, ha ido adquiriendo una relevancia y un protagonismo crecientes asociadas al envejecimiento poblacional y los cambios epidemiológicos, que han conllevado la aparición del deterioro funcional como principal

manifestación clínica de un gran número de enfermedades, poniendo el foco en la importancia del mantenimiento de la autonomía y la capacidad funcional por encima de la propia enfermedad.

Muchas han sido las definiciones de fragilidad hasta llegar a la más reciente, establecida por la OMS y adoptada en la Acción Conjunta ADVANTAGE, donde se define 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 focaliza en el diagnóstico de enfermedad. Cada vez más estudios sustentan el hecho de que, en la población mayor, es el mejor 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. Teniendo en cuenta los retos derivados del envejecimiento poblacional, y en particular en el actual 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.

Hasta muy recientemente no existían datos de prevalencia de fragilidad en España y había que trabajar sobre datos internacionales. La mayoría de los datos disponibles se han obtenido utilizando el modelo del Fenotipo de Fragilidad de Fried, incluidos los datos nacionales de los que ya disponemos. En ellos, la prevalencia aumenta de manera exponencial a medida que se envejece y es más frecuente en mujeres que en hombres, con una ratio aproximado de 2:1.

En España, la prevalencia de fragilidad es del 18% (IC 95% 15-21%), según un reciente meta-análisis que en su mayoría incluía individuos de 65 años o más, siendo algo más baja en estudios a nivel comunitario 12% (IC 95% 10-15%) y mucho más alta en ámbitos no comunitarios 45% (IC 95% 27- 63%). Estos datos unidos al progresivo envejecimiento de la población en España ponen de relevancia la importancia de la fragilidad, pues se asocia a la edad, lo que no significa que no se puede prevenir, identificar y revertir.

La intervención sobre la fragilidad se ha demostrado efectiva y costo-efectiva para promover vidas más largas y saludables. Para su manejo se recomienda la Valoración Geriátrica Integral (VGI), que permite la elaboración de un plan terapéutico y de cuidados de forma participada con la persona, diseñando intervenciones dirigidas a sus necesidades individuales. Las intervenciones multifactoriales son más efectivas que las individuales y deben abordar la promoción de estilos de vida, ejercicio físico, nutrición, manejo de patología crónica y la revisión de polifarmacia para promover la independencia y prevenir eventos adversos.

Además, es fundamental un abordaje integrado e interdisciplinar con puerta de entrada en AP y coordinada con servicios sociales, comunidad, cuidados intermedios y los centros hospitalarios.

Modelo integrado de atención y apoyo para la prevención y el manejo de la fragilidad



ALGORITMO DE ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO. FUENTE ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE PREVENCIÓN DE LA FRAGILIDAD EN LA PERSONA MAYOR. MINISTERIO DE SANIDAD 2022.

No hay que olvidar que para la promoción de un envejecimiento saludable es fundamental una perspectiva de curso de vida, con promoción de estilos de vida saludable, mediante el consejo integral en estilos de vida desde antes del nacimiento y durante todas las etapas de la vida, contando con el apoyo de los recursos de la comunidad y promoviendo entornos saludables. Para facilitar el acceso de los ciudadanos a los activos en salud se está desarrollando proyectos de “Mapeo de Activos” de la Comunidad de la Rioja en la que se identificarán las actividades (servicios de organizaciones o asociaciones, formaciones, talleres, acciones grupales de EpS, paseos saludables u otras actividades comunitarias) de prevención o promoción de la salud que periódicamente se realicen desde un recurso en concreto. También funcionará como sistema de captación de información de nuevos recursos u otros no identificados, así como de los propuestos por usuarios. Cualquier ciudadano que quiera visibilizar una actividad deberá asociarla a un recurso previamente geoposicionado en el mapa del que depende la actividad, el que la impulsa o en donde esta se lleva a cabo.

JUSTIFICACIÓN

Es posible detectar y actuar sobre la fragilidad para prevenir la discapacidad. Existe actualmente un acuerdo general en cuanto a que el núcleo de la fragilidad es un incremento de la vulnerabilidad a estresores producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo, y lo predispone a eventos adversos de salud. Detectar la fragilidad nos lleva a identificar un grupo de mayores de 70 años que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional.

EL cribado de la fragilidad es de una de las respuestas de La Rioja a la necesidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable en todas las personas mayores, independientemente de su capacidad funcional. Este programa ofrece oportunidades para la salud mediante la promoción proactiva de la salud y la prevención de la enfermedad en un contexto de Atención Primaria, siendo un entorno ideal al ser el primer y más frecuente punto de contacto de la población con el sistema sanitario.

12

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- ❖ Mejorar el bienestar, promover la salud, prevenir la enfermedad y responder a las necesidades de atención de las personas mayores de 70 años, adaptando la respuesta de los equipos de salud a las condiciones que determinan el estado y capacidad funcional de estas personas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Detectar de forma precoz la fragilidad y el riesgo de caídas en personas mayores.
- ❖ Desarrollar intervenciones orientadas a la recuperación y/o conservación de las capacidades funcionales.
- ❖ Optimizar las capacidades funcionales de las personas que se encuentren en situación de fragilidad dependencia.
- ❖ Adecuar las intervenciones según criterios basados en las capacidades funcionales (estratificación funcional) la evidencia científica y la mejora de los resultados en salud.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

El sistema sanitario es el principal recurso para realizar la detección precoz de fragilidad y fundamental para el diagnóstico definitivo y el seguimiento. Es necesario realizar una detección precoz de fragilidad a la población de 70 o más años, en el ámbito de AP o en el comunitario, con posterior derivación al sistema sanitario (fundamentalmente AP, en coordinación con atención hospitalaria cuando sea oportuno), seguido de una intervención específica para revertir la fragilidad o evitar sus consecuencias.

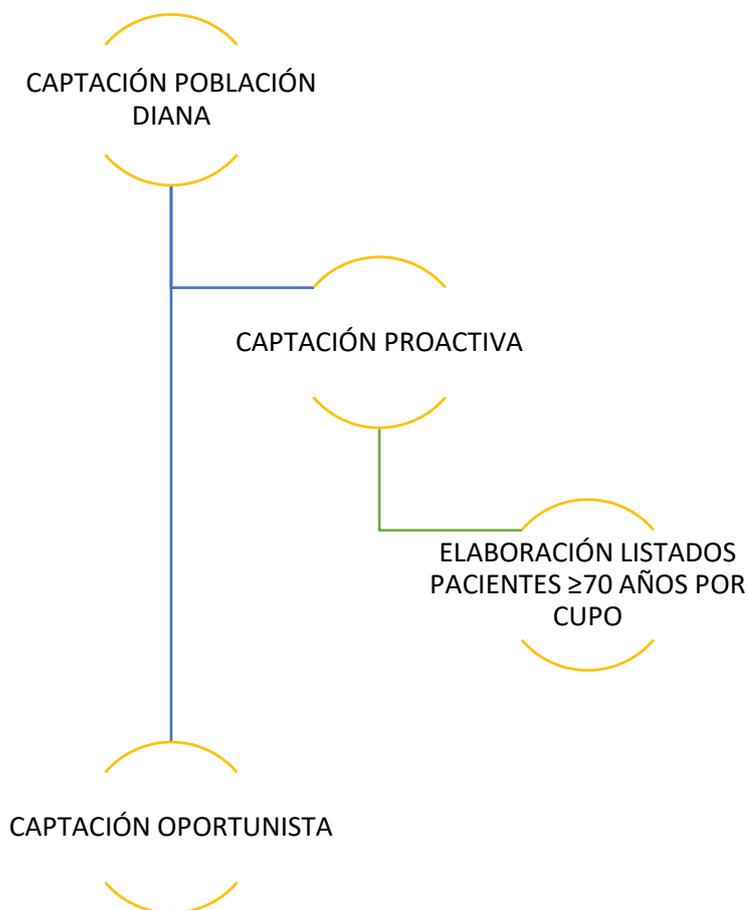
- Personas ≥ 70 años
- Índice de Barthel ≥ 90

Aquellas con una puntuación menor de 90 **no cumplen criterios de inclusión en este programa** ya que se beneficiarán de su derivación a otros programas de atención a la morbilidad o dependencia que están bien consolidados en La Rioja, de acuerdo al consenso existente de que la fragilidad es un estado previo a la discapacidad o dependencia.

CAPTACIÓN POBLACIÓN DIANA

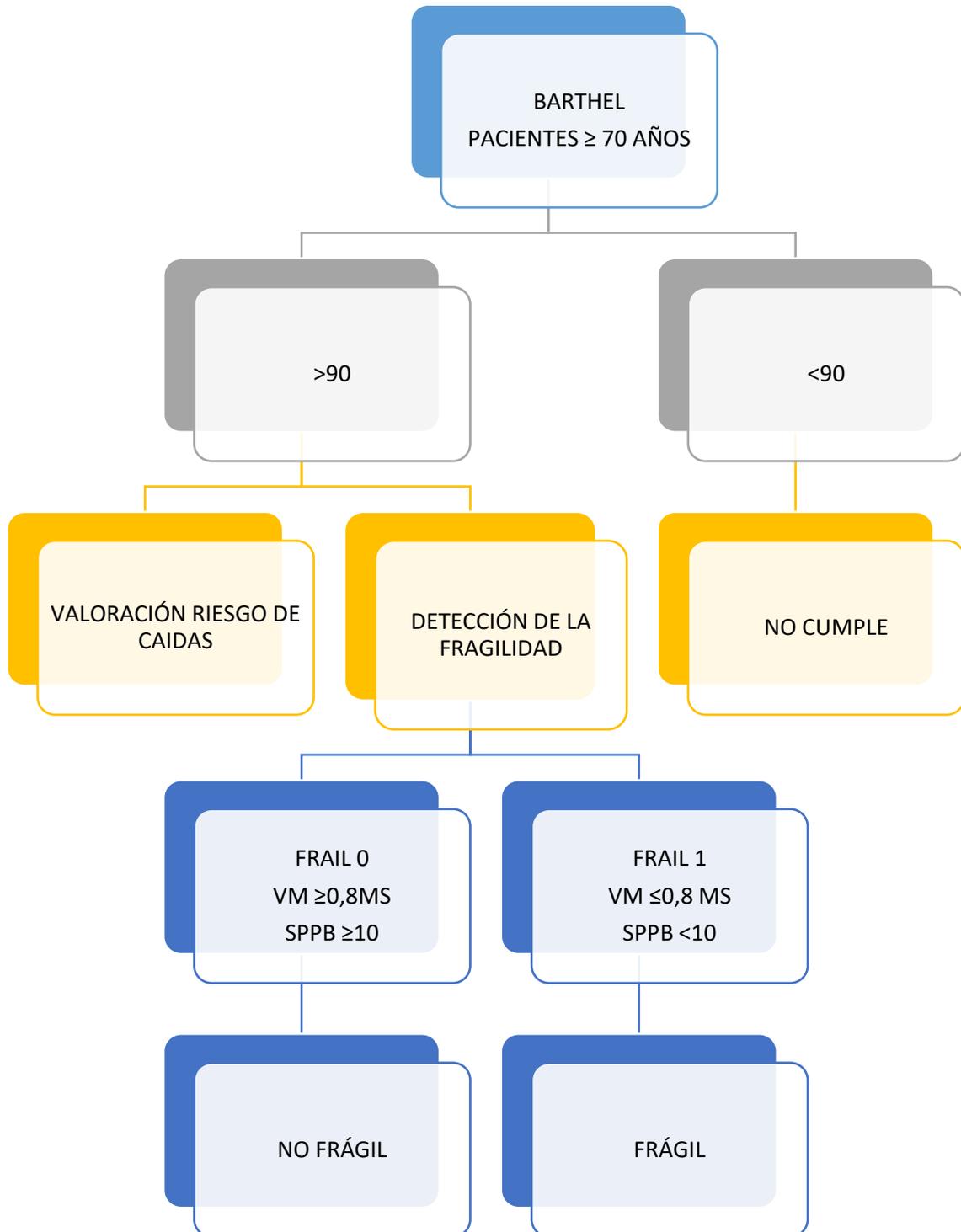
13

La captación se realizará, de elección en AP, por enfermería o, alternativamente, por el profesional de medicina.



El elemento nuclear de este programa consiste en realizar una detección precoz de fragilidad a la población de 70 o más años, en el ámbito de AP.

PROPUESTA DE DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN PARA LA FRAGILIDAD



CRIBADO

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS

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

15

TRAS LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS, LA PERSONA SE CALIFICARÁ COMO DE BAJO O ALTO RIESGO DE CAÍDAS:

Personas con bajo riesgo de caídas

Aquellas con respuesta negativa a las tres preguntas de detección precoz.

- Se realizará una nueva evaluación del riesgo de caídas al año.

Personas con alto riesgo de caídas

Aquellas con respuesta afirmativa a cualquiera de las tres preguntas de detección precoz.

- Se les realizará una intervención preventiva centrada en tres componentes:
 - ❖ *Programa de ejercicio físico multicomponente* (equilibrio y fuerza muscular resistencia aeróbica, flexibilidad), integrado con el programa para la prevención de la fragilidad.
 - ❖ *Revisión de medicación* centrada en la revisión de los fármacos que afectan negativamente a las personas con riesgo de caídas siguiendo los criterios STOPP/START. Los fármacos considerados son: benzodiazepinas, neurolépticos, antihistamínicos de primera generación (clorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina, prometazina, etc.), vasodilatadores y opiáceos de consumo crónico.
 - ❖ *Revisión de riesgos del hogar* mediante listas de comprobación referidas +/- valoración del domicilio de forma oportunista aprovechando visita al domicilio por personal del centro (enfermería, trabajo social...).

ESCALA FRAIL

Se incluye como recomendación en ADVANTAGE y Fistera y presenta la ventaja de que puede completarse en menos de dos minutos presencialmente o por teléfono y no precisa disponer de espacio para su realización. Evalúa fatigabilidad, resistencia, deambulación, multimorbilidad y pérdida de peso. La presencia de cada ítem se valora con 1 punto y se obtiene la suma. Habitualmente se han utilizado sumas de 1 o 2 como puntuaciones indicadoras de pre fragilidad

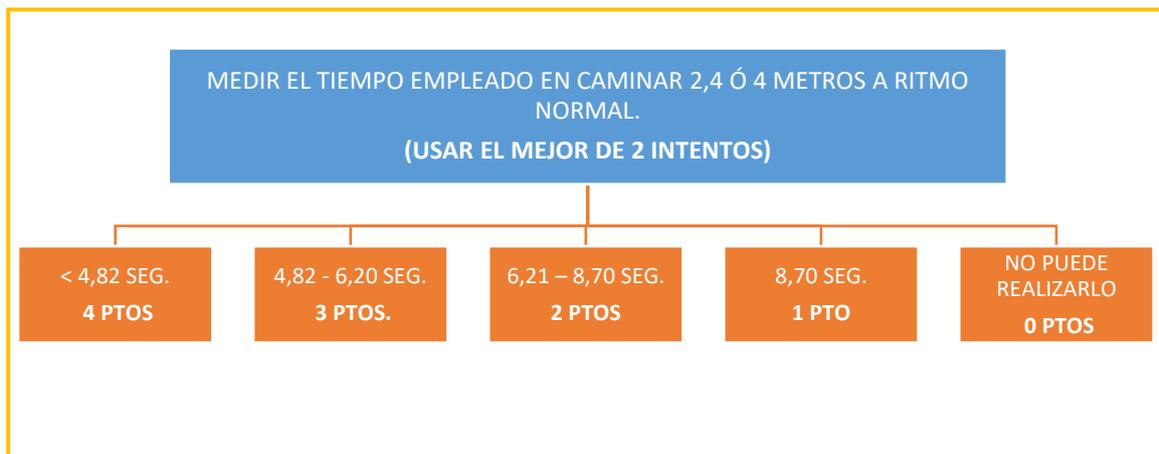
y 3 o más puntos como indicadores de fragilidad. Sin embargo, un reciente artículo ha demostrado que el punto de corte de 3 o más tiene una baja sensibilidad para detectar fragilidad en AP según el fenotipo de Fried y el Índice de Fragilidad, y por eso este documento de consenso se inclina por un punto de corte para sospecha de fragilidad de 1 o más.

TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA (VM)

Una de las valoraciones más utilizadas para examinar la función física relacionada con el movimiento es medir el tiempo requerido para caminar 6 metros a la velocidad habitual de marcha. Para familiarizarse con el test, se recomienda realizar dos intentos previos no cronometrados.

La interpretación de este test es la siguiente:

- VM >1.1 m/s es considerada como normal en ancianos que viven en la comunidad sin discapacidad
- VM entre 0.8 m/s y 1 m/s marcador de fragilidad
- VM <0.8 m/s predice problemas de movilidad y caídas
- VM <0.6 m/s predice además eventos adversos
- Deterioro anual >0.15 m/s predice caídas



PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO O SHORTPHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

La prueba corta de desempeño físico (SPPB) consta de tres partes: Valoración del equilibrio, Valoración de la marcha en 4 metros y el Test de levantarse y sentarse. La valoración final se obtendrá de la suma de sus tres partes. A continuación, se explica la realización de cada una de

las valoraciones. Según la clasificación obtenida podremos identificar a personas con limitación grave (0-4 puntos), moderada (4-6 puntos), leve (7-9 puntos) y con limitación mínima (10-12 puntos). En función de esta puntuación se determinará el tipo de programa más recomendado.

TEST DEL EQUILIBRIO



UN PIE AL LADO DEL OTRO

Pies juntos uno al lado del otro

1= 10 segundos

0= menos de 10 segundos

si puntúa cero, vaya directamente al test de velocidad de la marcha



POSICIÓN SEMI-TÁNDEM

Talón de un pie a la altura del dedo gordo del contrario

1= 10 segundos

0= menos de 10 segundos

si puntúa cero, vaya directamente al test de velocidad de la marcha



POSICIÓN TÁNDEM

Talón de un pie en contacto con la punta del otro pie:

2= 10 segundos

1= entre 3 y 9 segundos

0= menos de 3 segundos

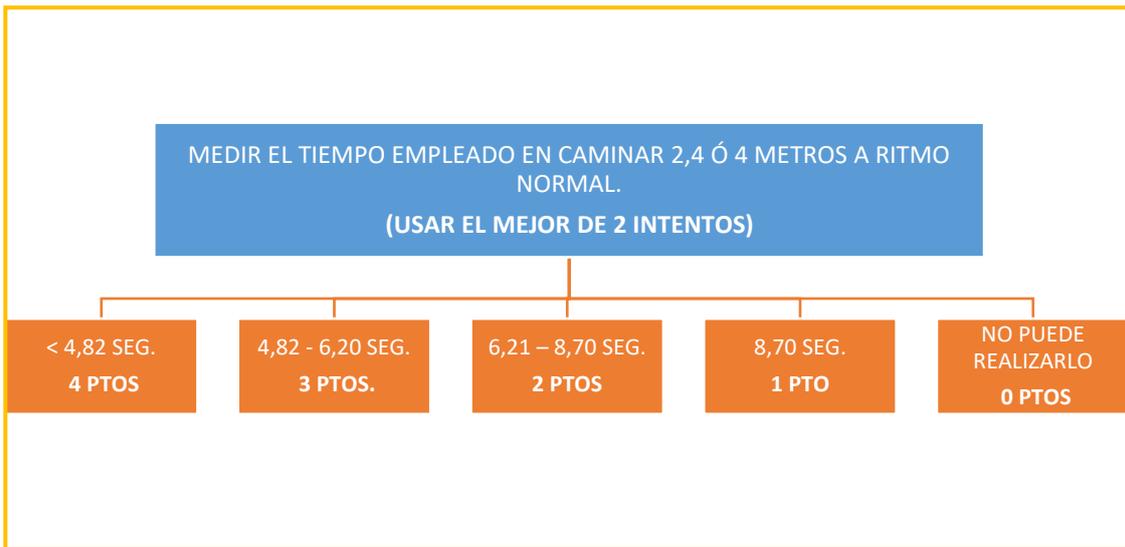


TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA

Una de las valoraciones más utilizadas para examinar la función física relacionada con el movimiento es medir el tiempo requerido para caminar 6 metros a la velocidad habitual de marcha. Para familiarizarse con el test, se recomienda realizar dos intentos previos no cronometrados.

La interpretación de este test es la siguiente:

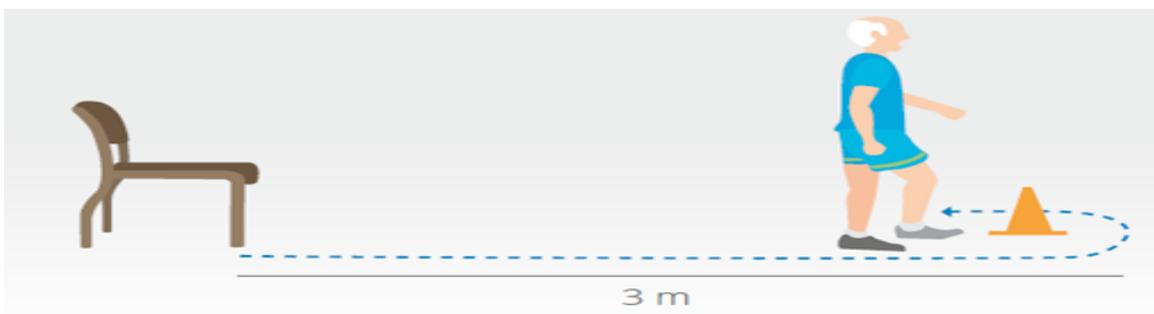
- VM >1.1 m/s es considerada como normal en ancianos que viven en la comunidad sin discapacidad
- VM entre 0.8 m/s y 1 m/s marcador de fragilidad
- VM <0.8 m/s predice problemas de movilidad y caídas
- VM <0.6 m/s predice además eventos adversos
- Deterioro anual >0.15 m/s predice caídas



TEST DE LEVANTARSE Y SENTARSE (TUG)

En algunas publicaciones se ha mostrado como mejor predictor de riesgo de caídas con puntos de corte por encima de 20 y de fragilidad con puntos de corte entre 10-20. El punto de corte utilizado en el documento previo era ≥ 20 para determinar alta probabilidad de fragilidad, aunque un punto de corte > 12 segundos parecería más acorde a la bibliografía existente actualmente, por lo que se modifica en esta actualización. Se plantea como alternativa ya que algunos programas de ejercicio físico multicomponente, como por ejemplo el programa VIVIFRAIL, no contemplan la clasificación del ejercicio en relación al cribado de fragilidad con TUG, aunque si lo hace en relación al riesgo de caídas.

- TUG <10 s: Normal
- TUG 10-20 s: Indica fragilidad
- TUG >20 segundos: alto riesgo de caídas



VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

En resumen, aquellas personas con SPPB <10, TUG >12, VM <0,8 o FRAIL≥1 serán consideradas con alta probabilidad de fragilidad. Y aquellas con SPPB ≥10, TUG ≤12 VM ≥0,8 o FRAIL=0 se les considerará no frágiles.

A toda aquella persona en la que se ha determinado una alta probabilidad de fragilidad deben prescribirse las intervenciones para revertir fragilidad de demostrada eficacia basada en una **Valoración Geriátrica Integral (VGI)**.

La VGI es una herramienta de valoración multidimensional de personas mayores, un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la persona mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar, basada en ellos, una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida. Su centro es la valoración funcional, y ésta a su vez está considerada como la mejor manera de valorar el estado de salud de una persona mayor, más que la consideración de sus enfermedades y déficits. Además, la VGI es uno de los pilares en la valoración y manejo de la persona mayor frágil. Ha demostrado efectividad detectando nuevos diagnósticos y manejándolos adecuadamente en geriatría, pudiendo ser también de gran utilidad en Atención Primaria, cuando se realiza con objetivos predeterminados, seleccionando las personas adecuadas, y estableciendo intervenciones con adecuada intensidad. Por lo tanto, se puede realizar en cualquier nivel de atención, siendo fundamental en la evaluación de la fragilidad en Atención Primaria, donde debe realizarse por el equipo de Atención Primaria con la participación del paciente y las personas que lo cuidan. En el caso del abordaje de la fragilidad, permite elaborar una aproximación diagnóstica acerca de la fuente de fragilidad, una intervención o plan terapéutico y de cuidados según las necesidades de cada persona y planificar intervenciones para conservar la capacidad funcional que incluyan las intervenciones de reconocida evidencia para el abordaje de fragilidad, no farmacológicas (ejercicio físico, nutrición, etc.) y farmacológicas (revisión de medicación y adherencia), cuando sea preciso. Además, facilita el abordaje y manejo de otros problemas clínicos detectados, así como la elaboración de otras intervenciones recomendadas, aunque no tengan evidencia específica para el abordaje de la fragilidad. El plan terapéutico y de cuidados debe ser compartido por todos los profesionales que atienden a la persona mayor, ésta y las personas que la cuidan. Se debe proporcionar información adecuada, de manera que la persona pueda tomar las mejores decisiones en base a su autonomía, manteniendo el control de su vida independientemente de su estado de salud, estado funcional o entorno en el que viva.

TIPOS DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO MULTICOMPONENTE PARA LA MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL REISGO DE CAIDAS EN EL ANCIANO FRÁGIL Y PRE FRÁGIL

En función de la puntuación alcanzada en la batería reducida para la valoración del rendimiento físico (SPPB), y la velocidad de marcha en 6 metros se han determinado diferentes niveles de capacidad funcional, para los cuales se recomendará un determinado programa individualizado de intervención en ejercicio físico multicomponente (Programa A, B, C1, C2 y D).

VALORACIÓN FUNCIONAL			
<p>Limitación grave DISCAPACITADO</p> <p>Marcha nula. En silla o encamado. Normalmente no puede mantenerse en pie. No hace levantadas.</p>	<p>Limitación moderada FRÁGIL</p> <p>Marcha con dificultad o con ayuda. Hace alguna levantada. Con dificultad de completar pruebas de equilibrio.</p>	<p>Limitación leve FRÁGIL PREFRÁGIL</p> <p>Marcha autónoma. Trastornos de la marcha. Equilibrio sutil. Alguna dificultad para hacer 5 levantadas.</p>	<p>Limitación mínima o sin limitación AUTÓNOMO</p>
<p>SPPB 0-3 VM (6m) < 0,5 m/s</p>	<p>SPPB 4-6 VM (6m) 0,5 - 0,8 m/s</p>	<p>SPPB 7-9 VM (6m) 0,9 - 1 m/s</p>	<p>SPPB 10-12 VM (6m) > 1 m/s</p>
<p>A</p> <p>Limitación grave Discapacitado</p> <p>Haciendo estos ejercicios conseguirás levantarte de la silla</p>	<p>B</p> <p>Limitación moderada Frágil</p> <p>Si haces estos ejercicios notarás una gran mejoría</p>	<p>Camina 10'-30' 30'-45'</p> <p>C1 C2</p> <p>Limitación leve Frágil Pre-frágil</p> <p>El objetivo de estos ejercicios es que sigas disfrutando caminando</p>	<p>D</p> <p>Limitación mínima o sin limitación</p> <p>¡No te relajes! Si paras puedes empeorar rápidamente</p>

Dentro del grupo con limitación leve (Frágil/Prefrágil), y con el propósito de recomendar de manera más precisa un programa de resitencia cardiovascular, en función del tiempo máximo que pueda caminar sin ayuda se han definido dos subtipos. Si la persona puede caminar entre 10 y 30 minutos se le llamará C1 y si puede caminar entre 30 y 45 minutos se le llamará C2. La

eficacia de estos programas se mejorará si la intervención en ejercicio físico se acompaña de una valoración del estado nutricional y su correspondiente intervención nutricional.

En caso de que la persona no pueda acudir a consulta o no se pueda visitar su domicilio, se puede plantear la realización de pruebas de ejecución o FRAIL a través de una llamada telefónica o videoconferencia con la colaboración de un familiar o persona cuidadora previamente entrenada mediante, por ejemplo, vídeos explicativos

En resumen, aquellas personas con SPPB <10, TUG >12, VM <0,8 o FRAIL ≥1 serán consideradas con alta probabilidad de fragilidad. Y aquellas con SPPB ≥10, TUG ≤12 VM ≥0,8 o FRAIL=0 se les considerará no frágiles.

Como en cualquier programa de detección precoz se debería confirmar el diagnóstico en el siguiente paso con una prueba específica de fragilidad. Las pruebas indicadas en este caso son el Fenotipo de Fragilidad de Fried, Escala de Rasgos de Fragilidad forma corta-5 items (Frailty Trait Scale-5, FTS-5) o el Índice de Fragilidad (Frailty Index-FI), pero no son pruebas que se utilicen habitualmente en AP en nuestro entorno, por lo cual se ha consensuado que lo más factible es iniciar las intervenciones para abordar la fragilidad en el marco de una VGI en personas con las pruebas de detección precoz alteradas. El objetivo a futuro es introducir el uso de estas pruebas diagnósticas en AP. En caso de que lleguen hasta este punto personas no frágiles, también se beneficiarán de la VGI y el diseño de intervenciones individualizadas. En todo caso, algún estudio ha evidenciado que una detección inicial con FRAIL seguido de la realización de pruebas de ejecución aumenta la especificidad del procedimiento a costa de disminuir su sensibilidad, reduciendo también la proporción de personas derivadas para intervención que no se benefician de ella.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Se deben realizar recomendaciones sobre una adecuada alimentación basada en indicadores de buena calidad de la dieta y en la adherencia a la dieta mediterránea, como parte del Consejo integral en estilo de vida. Se recomienda realizar una evaluación mediante herramientas validadas como el MNA-SF. 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-hidroxi-beta-metilbutirato (HMB) y/o leucinapreferentemente 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 µg/día (800-1.000 UI/día).

REVISIÓN Y ADECUACIÓN DE LA MEDICACIÓN

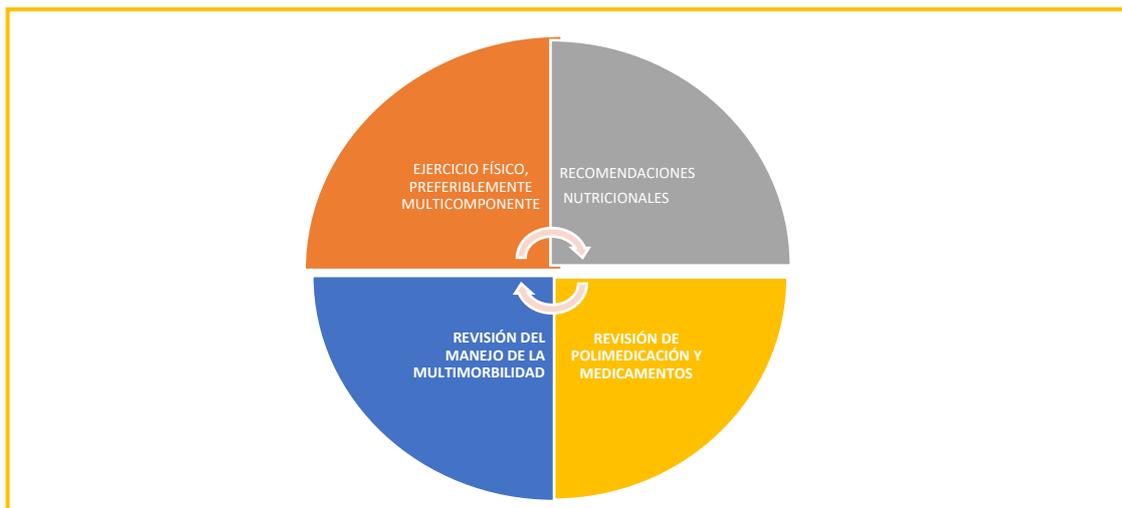
La fragilidad incrementa el riesgo de efectos secundarios de los fármacos y a su vez la polifarmacia se asocia con fragilidad y otros eventos adversos en personas mayores, por lo que es fundamental la revisión de la polifarmacia especialmente cuando se tomen 5 o más medicamentos.

Además del número de fármacos también hay que revisar aquellas prescripciones potencialmente inapropiadas/inadecuadas o no indicadas de prescribir cuando sea necesario, así como ajustar el tratamiento de las enfermedades concomitantes al estado de fragilidad. Existen herramientas y estrategias para reducir el uso de medicamentos inapropiados, como por ejemplo STOPP-START.

Es importante detectar adherencia terapéutica moderada o baja para evitar descompensaciones que pueden precipitar la fragilidad, así como detectar, por ejemplo, la necesidad del uso de pastilleros preparados en farmacias para prevenir errores en la toma de la medicación. Esta evaluación se puede apoyar en la información sobre los fármacos.

OTRAS INTERVENCIONES

- ❖ *EL MANEJO DE LA MULTIMORBILIDAD Y OTROS SÍNDROMES GERIÁTRICOS DETECTADOS EN LA VGI, CON ACTUACIONES AJUSTADAS AL ESTADO DE FRAGILIDAD.*
- ❖ *ACTUACIONES PARA PREVENIR Y TRATAR EL DETERIORO COGNITIVO.*
- ❖ *VALORAR SOLUCIONES BASADAS EN TIC PARA PROMOVER LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA EN EL DOMICILIO*



EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN

El seguimiento y monitorización de las recomendaciones de este documento es fundamental para evaluar su efectividad. Para ello es necesario el registro de las actividades de detección precoz, diagnóstico cuando sea posible, así como VGI e intervenciones en la HCE SELENE AP de forma homogénea y sistemática. Se evaluará la implementación de la intervención, al menos cada dos años, mediante los siguientes indicadores:

INDICADORES DE PROCESO

- i. *Número de personas a las que se realiza Índice de Barthel*
- ii. *Número de personas a las que se realiza Índice de FRAIL*

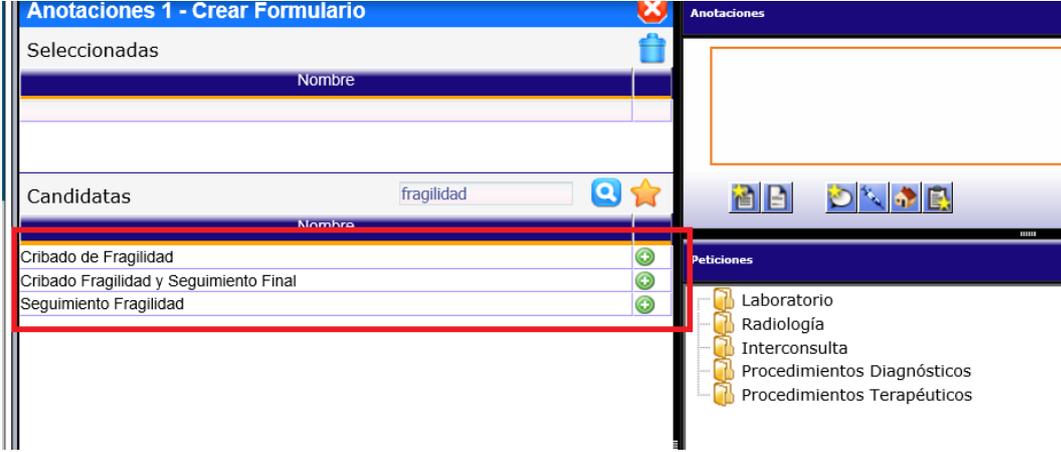
- iii. *Número de personas a las que se realiza SPPB*
- iv. *Número de personas a las que se realiza TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA*
- v. *Porcentaje de personas a las que se realiza Índice de Barthel*
- vi. *Porcentaje de personas a las que se realiza Índice de FRAIL*
- vii. *Porcentaje de personas a las que se realiza SPPB*
- viii. *Porcentaje de personas a las que se realiza TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA*
- ix. *Número de personas que realizan algún programa de ejercicio físico multicomponente para prevenir o revertir fragilidad.*
- x. *Número de personas a las que se le realiza alguna intervención en nutrición para prevenir o revertir fragilidad.*
- xi. *Número de personas a las que se le realiza revisión de medicación para prevenir o revertir fragilidad*

INDICADORES DE RESULTADO

- i. *Número de años ganados en esperanza de vida en buena salud a los 65 años.*
- ii. *Siempre que sea posible valorar por las CCAA*
- iii. *Porcentaje de personas de 70 o más años con al menos un test de ejecución (SPPB, VM, TUG) o escala FRAIL con resultado de alta probabilidad de fragilidad.*
- iv. *Porcentaje de pacientes catalogados de alta probabilidad de fragilidad que revierten esta situación a los 6 y 12 meses.*
- v. *Porcentajes de pacientes catalogados de no frágiles a los que se detecta alta probabilidad de fragilidad a los 12 meses.*

HISTORIA CÍNICA ELECTRÓNICA SELENE AP

FORMULARIOS



Anotaciones 1 - Crear Formulario

Seleccionadas

Nombre

Candidatas

fragilidad

Nombre

- Cribado de Fragilidad
- Cribado Fragilidad y Seguimiento Final
- Seguimiento Fragilidad

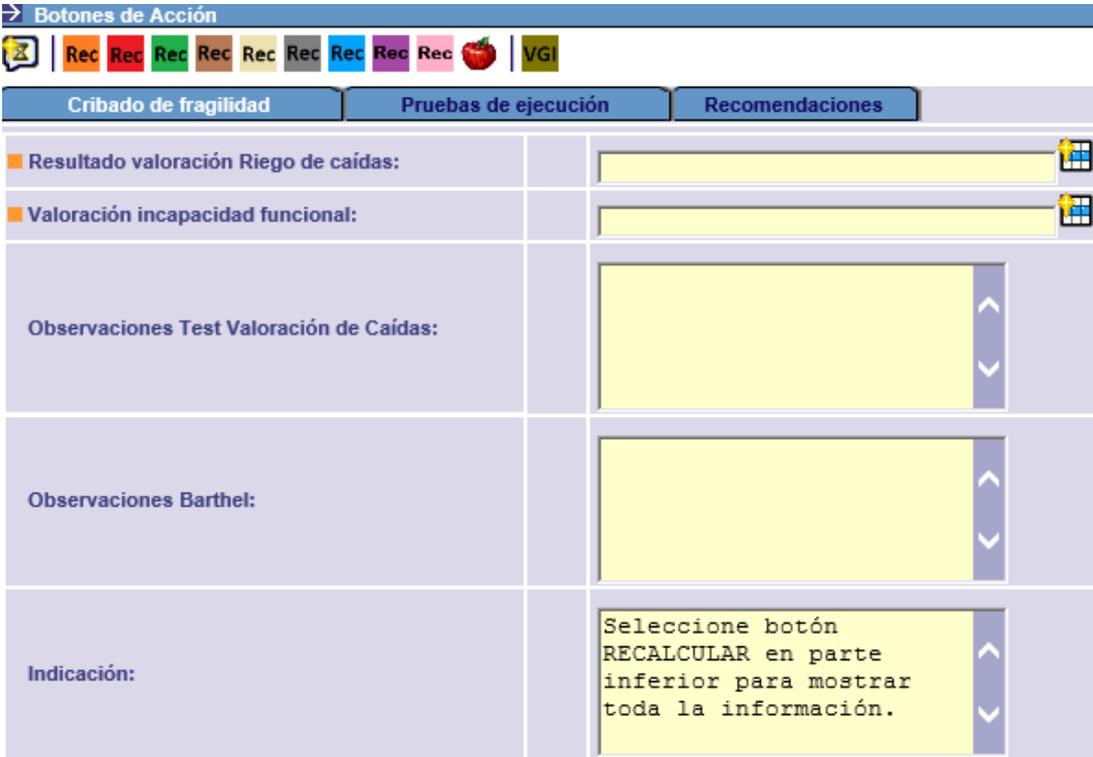
Anotaciones

Peticiones

- Laboratorio
- Radiología
- Interconsulta
- Procedimientos Diagnósticos
- Procedimientos Terapéuticos

CRIBADO DE FRAGILIDAD

PESTAÑA CRIBADO DE FRAGILIDAD



Botones de Acción

Rec Rec Rec Rec Rec Rec Rec Rec Rec 🍅 VGI

Cribado de fragilidad | Pruebas de ejecución | Recomendaciones

Resultado valoración Riego de caídas:

Valoración incapacidad funcional:

Observaciones Test Valoración de Caídas:

Observaciones Barthel:

Indicación:

Seleccione botón RECALCULAR en parte inferior para mostrar toda la información.

PESTAÑA CRIBADO DE FRAGILIDAD: TEST DE FRAIL Y TEST VELOCIDAD DE LA MARCHA

Fecha Toma		25/04/2024	Hora Toma		20:32:26
Botones de Acción					
Cribado de fragilidad		Pruebas de ejecución		Recomendaciones	
Resultado valoración Riego de caídas:	BAJO RIESGO DE CAÍDAS.				
Valoración incapacidad funcional:	100				
Resultado Test de Frail:					
Test Velocidad de la marcha:					
Observaciones Test Valoración de Caídas:	Se les ofrecerá la misma valoración y consejo sobre actividad física habitual y alimentación saludable ofertadas a la				
Observaciones Barthel:					
Indicación:	Seleccione botón RECALCULAR en parte inferior para mostrar toda la información.				

25

PREVALECE EL RESULTADO DEL TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA SOBRE LA ESCALA DE FRAIL, EN CASO DE DISCORDANCIA ENTRE AMBOS.

PESTAÑA PRUEBAS DE EJECUCIÓN

Botones de Acción

Rec Rec Rec Rec Rec Rec Rec Rec Rec VGI

Cribado de fragilidad	Pruebas de ejecución	Recomendaciones						
Indicacion:	Si Barthel mayor o igual que 90 se recomienda completar el Cribado de Fragilidad con prueba de ejecución SPPB.							
? Test de equilibrio:	<table border="1"> <tr><td>Pies juntos < 10 s</td></tr> <tr><td>Pies juntos > 10 s</td></tr> <tr><td>SEMITANDEM < 10 s</td></tr> <tr><td>SEMITANDEM > 10 s</td></tr> <tr><td>TANDEM > 10 s</td></tr> <tr><td>TANDEM 3-9,99s</td></tr> </table>		Pies juntos < 10 s	Pies juntos > 10 s	SEMITANDEM < 10 s	SEMITANDEM > 10 s	TANDEM > 10 s	TANDEM 3-9,99s
Pies juntos < 10 s								
Pies juntos > 10 s								
SEMITANDEM < 10 s								
SEMITANDEM > 10 s								
TANDEM > 10 s								
TANDEM 3-9,99s								
? Test de velocidad de la marcha:	<table border="1"> <tr><td>PRE TEST No puede realizarlo</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES 11,19 s</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES 11,20- 13,69 s</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES 13,70- 16,69 s</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES >16,70 s</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES > 60 s o no puede realizarlo</td></tr> </table>		PRE TEST No puede realizarlo	5 REPETICIONES 11,19 s	5 REPETICIONES 11,20- 13,69 s	5 REPETICIONES 13,70- 16,69 s	5 REPETICIONES >16,70 s	5 REPETICIONES > 60 s o no puede realizarlo
PRE TEST No puede realizarlo								
5 REPETICIONES 11,19 s								
5 REPETICIONES 11,20- 13,69 s								
5 REPETICIONES 13,70- 16,69 s								
5 REPETICIONES >16,70 s								
5 REPETICIONES > 60 s o no puede realizarlo								
? Test de levantarse:	<table border="1"> <tr><td>PRE TEST No puede realizarlo</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES 11,19 s</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES 11,20- 13,69 s</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES 13,70- 16,69 s</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES >16,70 s</td></tr> <tr><td>5 REPETICIONES > 60 s o no puede realizarlo</td></tr> </table>		PRE TEST No puede realizarlo	5 REPETICIONES 11,19 s	5 REPETICIONES 11,20- 13,69 s	5 REPETICIONES 13,70- 16,69 s	5 REPETICIONES >16,70 s	5 REPETICIONES > 60 s o no puede realizarlo
PRE TEST No puede realizarlo								
5 REPETICIONES 11,19 s								
5 REPETICIONES 11,20- 13,69 s								
5 REPETICIONES 13,70- 16,69 s								
5 REPETICIONES >16,70 s								
5 REPETICIONES > 60 s o no puede realizarlo								
Resultado:	PERSONA DEPENDIENTE							
Observaciones Prueba de ejecución SPPB:	Si paciente DEPENDIENTE, dar Recomendaciones ejercicio persona dependiente, Rec de Seguridad para evitar							

PESTAÑA RECOMENDACIONES

→ Botones de Acción

Cribado de fragilidad	Pruebas de ejecución	Recomendaciones
Se debe realizar analítica anual que incluya vitamina D, calcio y proteínas totales ¿Desea crearla?:		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Recomendación nutricional: "Plato saludable y-o Dieta paciente frágil"		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Suplemento vitamina D, según parámetros analíticos < 30 ng-ml		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Suplemento proteico:		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Recomendaciones de ejercicio multicomponente de la persona frágil:		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Recomendaciones de Adherencia terapéutica:		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Derivación a trabajo social: recursos en activos en salud u otras intervenciones.		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Valoración Geriátrica Integral:		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Precisa derivación al servicio de Rehabilitación HUSP:		<input type="checkbox"/>
Precisa derivación al servicio de Rehabilitación HdC:		<input type="checkbox"/>

27

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE FRÁGIL

SE REALIZARÁ INICIALMENTE A LOS DOS MESES DEL CRIBADO DE FRAGILIDAD Y DESPUÉS CON UNA CADENCIA SEMESTRAL.

PESTAÑA SEGUIMIENTO VALORACIÓN FUNCIONAL

→ Botones de Acción

Seguimiento Valoración Funcional	Seguimiento pruebas de ejecución	Seguimiento Recomendaciones
<p>Valoración incapacidad funcional:</p> <p>Observaciones Barthel:</p> <p>Indicación:</p>		<p><input type="text"/></p> <p>Seleccione botón RECALCULAR en parte inferior para mostrar toda la información.</p>

PESTAÑA SEGUIMIENTO PRUEBAS DE EJECUCIÓN

Botones de Acción

Rec VGI

Seguimiento Valoración Funcional	Seguimiento pruebas de ejecución	Seguimiento Recomendaciones
Indicacion:	que 90 se recomienda completar el Cribado de Fragilidad con prueba de ejecución SPPB.	
? Test de equilibrio:	Pies juntos < 10 s Pies juntos > 10 s SEMITANDEM < 10 s SEMITANDEM > 10 s TANDEM > 10 s TANDEM 3-9,99s	
? Test de velocidad de la marcha:		
? Test de levantarse:	PRE TEST No puede realizarlo 5 REPETICIONES 11,19 s 5 REPETICIONES 11,20- 13,69 s 5 REPETICIONES 13,70- 16,69 s 5 REPETICIONES >16,70 s 5 REPETICIONES > 60 s o no puede realizarlo	
Resultado:	PERSONA DEPENDIENTE	
Observaciones Prueba de ejecución SPPB:	Si paciente DEPENDIENTE, dar Recomendaciones ejercicio persona dependiente, Rec de Seguridad para evitar	

PESTAÑA SEGUIMIENTO RECOMENDACIONES

VALORACIÓN GERIATRICA INTEGRAL

PESTAÑA VALORACIÓN CLÍNICA

Nueva Toma - VALORACION GERIATRICA INTEGRAL AP - 9213238 - P

Fecha Toma	28/03/2023	Hora Toma	07:06:53 hh
Botones de Acción			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> VALORACIÓN CLÍNICA VALORACIÓN MENTAL VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR </div>			
EXPLORACIÓN FÍSICA			
TAS (mm Hg)			
TAD (mm Hg)			
Pulso (l.p.m.)			
Características del pulso:			
Saturación oxígeno (%)			
Glucemia: (mg/dl)			
Peso: (kg)			
Altura: (cm)			
I.M.C.:			
SÍNDROMES GERIÁTRICOS			
Alteración de la marcha:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Inestabilidad:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Estreñimiento:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Síndrome confusional agudo:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Incontinencia urinaria:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Incontinencia fecal:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Disfagia:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
ESTADO NUTRICIONAL			
Análítica anual con parámetros Vit D y Proteínas Totales:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Niveles séricos vitamina D: (ng/mL)			
Niveles séricos proteínas totales:			
Suplemento proteico:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
MNA puntuación final:			
REVISIÓN ADECUACIÓN MEDICACIÓN			
Polimedicación (>=5 fármacos):		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Cumple criterios de prescripción STOP-START:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Revisión polifarmacia:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
REVISIÓN ÓRGANOS SENTIDOS			
Alteraciones sensoriales vista:			
Alteraciones sensoriales audición:			
EVALUACIÓN DEL DOLOR			
Dolor:			
REVISIÓN ESTADO VACUNAL			
Vacunación antigripal:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Vacunación frente al herpes Zóster:		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Vacunación antineumocócica:			
Vacunación Td (puta completa):			
Vacunación COVID:			

→ DERIVACIÓN

Precisa Derivación al servicio de Geriatría (Cumple alguno de los criterios):

VGI NO JUSTIFICA FRAGILIDAD
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

PESTAÑA VALORACIÓN MENTAL

Nueva Toma - VALORACION GERIATRICA INTEGRAL AP - 9213238 -

Fecha Toma: 28/03/2023
 Hora Toma: 07:06:53

→ Botones de Acción

VALORACIÓN CLÍNICA
 VALORACIÓN MENTAL
 VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR

→ EVALUACIÓN DETERIORO COGNITIVO

Valoración MiniMental:

→ EVALUACIÓN EMOCIONAL

Valoración Test Yesavage:

→ EVALUACIÓN DESCANSO SUEÑO

Numero horas-día de sueño:

Efecto reparador del sueño: Sí No

Insomnio: Sí No

Ayudas para dormir: Sí No

PESTAÑA VALORACIÓN SOCIAL

Nueva Toma - VALORACION GERIATRICA INTEGRAL AP - 9213238

Fecha Toma: 28/03/2023
 Hora Toma: 07:06:53

→ Botones de Acción

VALORACIÓN CLÍNICA
 VALORACIÓN MENTAL
 VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR

→ SOPORTE SOCIAL

Valoración Test de ZARIT:

Apoyo externo en el domicilio: Sí No

Valoración Social Gijón:

Participa en actividades de ocio e integración social: Sí No

Usa ayudas y recursos de la comunidad: Sí No

Derivación a Trabajo Social: Sí No

Precisa derivación al servicio de Rehabilitación HUSP:

Precisa derivación al servicio de Rehabilitación HdC:

GESTOR DE PACIENTES

PESTAÑA GESTIÓN DE CRÓNICOS



Pacientes con asistentes pendientes de revisión

- Pacientes con Fragilidad
- Pacientes con ≥ 70 años sin diagnóstico de fragilidad

Relacionado con estos 2 listados del Gestor, saltarán **2 ASISTENTES** al abrir el escritorio del paciente. Desde donde permitirá registrar el formulario correspondiente, posponerlo o eliminar el asistente.

1. **Paciente FRÁGIL: sin formulario Índice de Barthel**
2. **Paciente FRÁGIL: sin formulario Valoración Riesgo de Caídas**

El circuito también incluye:

- La solicitud de **Valoración riesgo social**.
- La **derivación a Geriátría**, a través de ITC.
- La **derivación a Rehabilitación**. Fisioterapeuta.
- Petición de laboratorio- **perfil Fragilidad**-.

PERFIL LABORATORIO FRAGILIDAD

LAB	POCT	ITC	ITCHSP	PDIAG	ECG	PTERA
<input type="checkbox"/> ANEMIA MACROCITICA				<input type="checkbox"/> HEPATITIS CRONICA C		<input type="checkbox"/> ASLO...
<input type="checkbox"/> ANEMIA MICROCITICA				<input type="checkbox"/> HTA		<input type="checkbox"/> Iones suero(Na,K)...
<input type="checkbox"/> ANEMIA NORMOCITICA				<input type="checkbox"/> HTA derivación		<input type="checkbox"/> Sistemático y sedim...
<input type="checkbox"/> ANEMIA (sospecha)				<input type="checkbox"/> HTA seguimiento		<input type="checkbox"/> Test de Embarazo...
<input type="checkbox"/> ANTICONCEPCIÓN HORMO...				<input type="checkbox"/> INFECCIÓN ORINA		<input type="checkbox"/> IgA-Antitransglutan...
<input type="checkbox"/> BÁSICO				<input type="checkbox"/> LIPIDOS		<input type="checkbox"/> a- Serología VIH...
<input type="checkbox"/> DIAB. MELL. c. anual				<input type="checkbox"/> METABOLISMO DEL HIER...		<input type="checkbox"/> a-PCR Virus SARS...
<input type="checkbox"/> DIAB. MELL. c. semes...				<input type="checkbox"/> NEFROP. DIAB. diagno...		<input type="checkbox"/> c- Antígeno CLIA V...
<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS				<input type="checkbox"/> NEFROP. DIAB. seguim...		<input type="checkbox"/> Crib. Prenatal 1 Tri...
<input type="checkbox"/> EMBARAZO (1ª VISITA)				<input type="checkbox"/> PREOPERATORIO		<input type="checkbox"/> Factor Reumatoide...
<input type="checkbox"/> ESTUDIO HIPERTRANSAM...				<input type="checkbox"/> PROSTATA		<input type="checkbox"/> Ferritina...
<input type="checkbox"/> ESTUDIO TIROIDEO				<input type="checkbox"/> RENAL ERC ANUAL		<input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalina (...)
<input type="checkbox"/> HEMOSTASIA				<input type="checkbox"/> RENAL ERC SEGUIMIENTO		<input type="checkbox"/> APTT(T.tromb.parcial...
<input type="checkbox"/> HEPÁTICO. perfil				<input type="checkbox"/> DETERIORO COGNITIVO		<input type="checkbox"/> Fibrinógeno...
<input type="checkbox"/> HEPATITIS AGUDA				<input type="checkbox"/> FRAGILIDAD		<input type="checkbox"/> Hemograma...
<input type="checkbox"/> HEPATITIS ALCOHOLICA				<input type="checkbox"/> Ácido Úrico (suero)...		<input type="checkbox"/> Tiempo de protrombina...
<input type="checkbox"/> HEPATITIS CRONICA B				<input type="checkbox"/> Cociente Albúmina/Cr...		<input type="checkbox"/> VSG...
						<input type="checkbox"/> GOT/AST (suero)...
						<input type="checkbox"/> GPT/ALT (suero)...
						<input type="checkbox"/> Hb A1c...
						<input type="checkbox"/> HDL-Colesterol (suer...
						<input type="checkbox"/> Hierro (suero)...
						<input type="checkbox"/> a- Urocultivo
						<input type="checkbox"/> a- Parasitos...
						<input type="checkbox"/> a- Urocultivo...
						<input type="checkbox"/> a- Cribado gestantes...

PLANTILLAS

Buscar Plantillas de Informes

Lista de Plantillas

- Plantillas
 - General
 - Codificación
 - Compartidos
 - Consentimientos
 - Crónicos
 - Dietas
 - Doc. Admin. Legal
 - Enfermera
 - Informac. Recomend.
 - Matrona
 - Médico
 - Paciente frágil

Datos Plantilla

Id	Nombre	Descripción	Latenci:
17997	Rec. Adherencia terapéutica	Recomendaciones Adherencia terape...	24
17998	Rec. de Seguridad para evitar acciden...	Recomendaciones de Seguridad en p...	24
17999	Rec. ejercicio persona Dependiente	Recomendaciones ejercicio persona D...	24
18000	Rec ejercicio persona Frágil	Recomendaciones ejercicio persona fr...	24
18001	Rec. ejercicio persona No Frágil	Recomendaciones ejercicio persona n...	24
18002	Rec. Mantenerse activo y prevenir las...	Recomendación Ganar en salud: Mant...	24
18017	Rec. Plato saludable	Rec. Plato saludable	7
18037	Rec. Ejercicios para prevenir caídas	Recomendacion. Ejercicios para preve...	7

Nombre

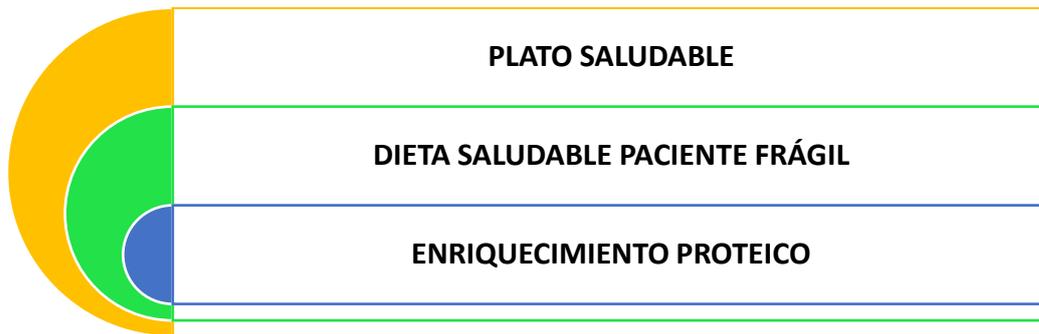
Ruta

Cierre automático pasadas horas

Permitir anulación de informes

RECOMENDACIONES PACIENTE FRÁGIL





BOTONES DE ACCESO DIRECTO

-  **REC. DE SEGURIDAD PARA EVITAR ACCIDENTES EN HOGAR**
-  **REC. MANTENERSE ACTIVO Y PREVENIR CAÍDAS**
-  **REC. EJERCICIOS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS**
-  **REC. EJERCICIO PERSONA DEPENDIENTE**
-  **REC. EJERCICIO PERSONA FRÁGIL**
-  **REC. EJERCICIO PERSONA NO FRÁGIL**
-  **RECOMENDACIONES ADHERENCIA TERAPÉUTICA**
-  **FORMULARIO VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL**
-  **CREAR PETICIÓN PARA LA INTERCONSULTA A TRABAJO SOCIAL**
-  **PLATO SALUDABLE**
-  **DIETA SALUDABLE PACIENTE FRÁGIL**
-  **ENRIQUECIMIENTO PROTEICO**

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad. Esperanzas de vida, 2019 [Internet]. 2019; Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2019.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida en buena salud [Internet]. 2019; Available from: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926378861&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888#:~:text=G%C3%A9nero%20de%20Eurostat.,Esperanza%20de%20vida%20en%20buena%20salud,de%20mortalidad%20y%20de%20morbilidad.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor [Internet]. 2014; Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
4. Advantage JA [Internet]. [citado 2022 mar 17]; Available from: <https://www.advantageja.eu/>
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad. [Internet]. 2019; Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. 2014; Available from: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012; Available from: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABO RDAJE_CRONICIDAD.pdf
8. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [Internet]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
9. Organización Mundial de la Salud. Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030. [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4_19
10. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud, 69. (2016). Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. [Internet]. 2016; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253189>

11. World Health Organization. Active ageing : a policy framework. [Internet]. 2002; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
12. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra. [Internet]. 2015; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
13. Frailty Prevention Approach (FPA) [Internet]. ADVANTAGE JA; 20 19. [Citado 2021 ene 24]. Disponible en: <https://www.advantageja.eu/images/FPA-Core-ADVANTAGE-doc.pdfref>.
14. Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Martínez-Reig M, Alfonso-Silguero SA, Rodríguez-Mañas L. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? *J Nutr Health Aging* 2014;18(6):622-7.
15. Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, Quinn TJ, Braude P, Verduri A, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health* 2020;5(8):e444-51.
16. O’Caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso Á, Van der Heyden J, Ranhoff AH, Lamprini-Koula M, et al. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. *Ann Ist Super Sanita* 2018;54(3):226-38.
17. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. *Fragilidad en el anciano*. Barcelona: Elsevier España; 2020.
18. García-Nogueras I, Aranda-Reneo I, Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Abizanda P. Use of Health Resources and Healthcare Costs associated with Frailty: The FRADEA Study. *J Nutr Health Aging* 2017;21(2):207-14.
19. 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.
20. Oviedo-Briones M, Laso ÁR, Carnicero JA, Cesari M, Grodzicki T, Gryglewska B, et al. A Comparison of Frailty Assessment Instruments in Different Clinical and Social Care Settings: The Frailtools Project. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(3):607.e7-607.e12.
21. Organización Panamericana de la Salud. Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud [Internet]. 2020 [citado 2022 mar 17]; Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
22. World Health Organization. Questions and answers/Ageing: Ageism [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
23. Trombetti A, Hars M, Hsu FC, Reid KF, Church TS, Gill TM, et al. Effect of Physical Activity on Frailty: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med* 2018;168(5):309-16.
24. Rodríguez-Mañas L, Laosa O, Vellas B, Paolisso G, Topinkova E, Oliva-Moreno J, et al. Effectiveness of a multimodal intervention in functionally impaired older people with type 2 diabetes mellitus. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* [Internet] 2019 [citado 2022 mar

- 24];10(4):721-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6711410/>
25. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Sáez de Asteasu ML, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2019;179(1):28-36.
26. Pérez Díaz, Julio; Abellán García, Antonio; Aceituno Nieto, Pilar; Ramiro Fariñas, Diego. “Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos”. [Internet]. Madrid: 2020. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
27. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2018 [Internet]. 2018; Available from: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf
28. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2016-2066. [Internet]. 2016; Available from: <https://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
29. Rogelio Pujol Rodríguez AAG Pilar Aceituno Nieto, Isabel Fernández Morales, Diego Ramiro Fariñas. Una estimación de la población que vive en residencias de mayores. [Internet]. Envejecimiento en Red.INE; Available from: <http://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>
30. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la COVID-19. [Internet]. 2021; Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/COVID19_Fragilidad.pdf
31. Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging* 2008;12(1):29-37
32. Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, Leveille SG, Markides KS, Ostir GV, et al. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55(4):M221-231.
33. Abizanda P, López-Torres J, Romero L, Sánchez PM, García I, Esquinas JL. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Aten Primaria* 2011; doi:10.1016/j.aprim.2011.02.007.
34. Podsiadlo D, Richardson S. The timed «Up & Go»: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(2):142-8.
35. Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Atienzar-Núñez P, Esquinas-Requena JL, García-Nogueras I. Association between Functional Assessment Instruments and Frailty in Older Adults: The FRADEA Study. *J Frailty Aging* 2012;1(4):162-8.
36. Savva GM, Donoghue OA, Horgan F, O'Regan C, Cronin H, Kenny RA. Using timed up-and-go to identify frail members of the older population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013;68(4):441-6.

37. Jung HW, Kim S, Jang IY, Shin DW, Lee JE, Won CW. Screening Value of Timed Up and Go Test for Frailty and Low Physical Performance in Korean Older Population: The Korean Frailty and Aging Cohort Study (KFACTS). *Ann Geriatr Med Res* [Internet] 2020 [citado 2022 mar 24];24(4):259-66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7781966/>
38. 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.
39. Martín-Lesende I, Gorroñogoitia A, Abizanda P, Justo S. Persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria. *Guía Fisterra* [Internet] 2020 [citado 2021 feb 26]; Available from: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>
40. Rodríguez-Laso Á, Martín-Lesende I, Sinclair A, Sourdret S, Tosato M, Rodríguez-Mañas L. Diagnostic accuracy of the frail scale plus functional measures for frailty screening. *BJGP Open* [Internet] 2022 [citado 2022 may 10]; Available from: <https://bjgpopen.org/content/early/2022/05/05/BJGPO.2021.0220>
41. Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. In: Pathy MSJ, editor. *Principles and practice of geriatric medicine*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. p. 265-71.
42. Rubenstein LZ. Geriatric Assessment: An Overview of Its Impacts. *Clin Geriatr Med* [Internet] 1987 [citado 2022 mar 25];3(1):1-15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749069018308231>
43. Laurence Z. Rubenstein. *Geriatric Assessment Technology*. Springer Pub Co; 2004.
44. Pedro Abizanda Soler y Leocadio Rodríguez Mañas, eds. "Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores". 2a ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2020.
45. Pedro Abizanda Soler y Carlos Cano Gutiérrez, eds. "Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas. 2a ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2021.
46. Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
47. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
48. Martín Lesende I, Mendibil Crespo LI, Martínez Blanco I, Porto Hormaza B, Maray Gondra B, Aguirre Basaras N. Validez predictiva del cuestionario VIDA considerando pérdida funcional, institucionalización o muerte en pacientes pluripatológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol Ed Impr* [Internet] 2020 [citado 2022 mar 25];25-8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-196149>
49. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. *J Clin Epidemiol* 1993;46(2):153-62.
50. Booth M. Assessment of physical activity: an international perspective. *Res Q Exerc Sport* 2000;71 Suppl 2:114-20.
51. Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizos L, Sánchez Jurado PM, García Noguera I, Esquinas Requena JL. Valores normativos de instrumentos de valoración funcional en ancianos españoles: estudio FRADEA. *Aten Primaria* [Internet] 2012 [citado 2022 mar 24];44(3):162-71. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002459>

53. Monterde D, Vela E, Clèries M. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria* [Internet] 2016 [citado 2022 mar 25];48(10):674-82. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-los-grupos-morbilidad-ajustados-nuevo-S0212656716302104>
54. Arias-López C, Rodrigo Val MP, Casaña Fernández L, Salvador Sánchez L, Dorado Díaz A, Estupiñán Ramírez M. Validación del poder predictivo de los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) respecto de otras herramientas de estratificación de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 3 de julio e202007079.
55. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009;13(9):782-8.
56. Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggrós C, Vázquez C, et al. 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* [Internet] 2012 [citado 2022 mar 25];27(6):2048-54. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112012000600034&lng=es&nrm=iso&tlng=es
57. Hernández Perella JA, Mas Garriga X, Riera Cervera D, Quintanilla Castillo R, Gardini Campomanes K, Torradella Fàbregas J. Prescripción inapropiada de fármacos en personas mayores atendidas en un centro de Atención Primaria según los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatria Gerontol* [Internet] 2013 [citado 2022 mar 25];48(6):265-8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-farmacos-personas-mayores-S0211139X13001200>
58. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74.
59. George PP, Lun P, Ong SP, Lim WS. A Rapid Review of the Measurement of Intrinsic Capacity in Older Adults. *J Nutr Health Aging* [Internet] 2021 [citado 2022 mar 31];25(6):774-82. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1622-6>
60. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L, Vicente-Herrero MT, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet] 2018 [citado 2022 mar 25];25(4):228-36. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462018000400228&lng=es&nrm=iso&tlng=es
61. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-41. Versión española tomada de: González-Montalvo JI, Alarcón-Alarcón MT, Salgado-Alba A. Valoración del estado mental en el anciano. En: Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson; 1993. p. 73-103.
62. Lobo A, Ezquerro J, Gómez-Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El miniexamen cognoscitivo: un «test» sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 7: 189-201.

63. Bermejo F, Morales JM, Valerga C, del Ser T, Artolazábal J, Gabriel R. [A comparison between 2 abbreviated Spanish versions of mental status assessment in the diagnosis of dementia. Study data on elderly community residents]. *Med Clin (Barc)* 1999;112(9):330-4.
64. Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A,, Guillén J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35: 7-14.
65. Vélez Lopera JM, Berbesí Fernández D, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordóñez Molina J. Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Aten Primaria* [Internet] 2012 [citado 2022 mar 25];44(7):411-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025946/>
66. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 1980;20(6):649-55.
67. González DC, Caicoya AM, Sánchez AF, García VA, González JVG, Palacios ED, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria Publ Of Soc Esp Fam Comunitaria* [Internet] 1999 [citado 2022 mar 25];23(7):434-40. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528058>
68. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1982 1991;32(6):705-
69. Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)* Vol. 6, N.o 1, abril 2005.
70. Jadcak AD, Makwana N, Luscombe-Marsh N, Visvanathan R, Schultz TJ. Effectiveness of exercise interventions on physical function in community-dwelling frail older people: an umbrella review of systematic reviews. *JB I Database Syst Rev Implement Rep* 2018;16(3):752-75.
71. Suikkanen S, Soukkio P, Aartolahti E, Kääriä S, Kautiainen H, Hupli MT, et al. Effect of 12-Month Supervised, Home-Based Physical Exercise on Functioning Among Persons With Signs of Frailty: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2021;102(12):2283-90.
72. Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Res* 2013;16(2):105-14.
73. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, Anker SD, Aprahamian I, Arai H, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging* 2021;25(7):824-53.
74. Izquierdo M, Duque G, Morley JE. Physical activity guidelines for older people: knowledge gaps and future directions. *Lancet Healthy Longev* [Internet] 2021 [citado 2022 mar 31];2(6):e380-3. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(21\)00079-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(21)00079-9/fulltext)

75. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Sáez de Asteasu ML, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2019;179(1):28-36.
76. Cadore EL, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Idoate F, Millor N, Gómez M, et al. Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. *Age Dordr Neth* 2014;36(2):773-85.
77. <https://vivifrail.com/es/inicio/> [Internet]. Available from: <https://vivifrail.com/es/inicio/>
78. Barrio Cortes J, Guevara Guevara T, Aguirre Cocha KP, Rodríguez Mañas L, Pérez Rodríguez R. [Positive Project: maintenance and improvement of intrinsic capacity involving primary care and caregivers through a home monitoring system and a telematic services platform.]. *Rev Esp Salud Publica* 2021;95:e202110157.
79. Martin Lesende I, Acosta Benito MÁ, Goñi Ruiz N, Herreros Herreros Y. [Vision of the management of frailty in Primary Health Care.]. *Rev Esp Salud Publica* 2021;95:e202110159.
80. Hengeveld LM, Wijnhoven HAH, Olthof MR, Brouwer IA, Simonsick EM, Kritchevsky SB, et al. Prospective Associations of Diet Quality With Incident Frailty in Older Adults: The Health, Aging, and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(9):1835-42.
81. Ghosh TS, Rampelli S, Jeffery IB, Santoro A, Neto M, Capri M, et al. Mediterranean diet intervention alters the gut microbiome in older people reducing frailty and improving health status: the NU-AGE 1-year dietary intervention across five European countries. *Gut* 2020;69(7):1218-28.
82. Wang Y, Hao Q, Su L, Liu Y, Liu S, Dong B. Adherence to the Mediterranean Diet and the Risk of Frailty in Old People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nutr Health Aging* 2018;22(5):613-8.
83. Kojima G, Avgerinou C, Iliffe S, Walters K. Adherence to Mediterranean Diet Reduces Incident Frailty Risk: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(4):783-8.
84. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta [Internet]. 2015 [citado 2022 mar 17]; Available from: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
85. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006;10(6):466-85; discussion 485-487.
86. Mendonça N, Hengeveld LM, Visser M, Presse N, Canhão H, Simonsick EM, et al. Low protein intake, physical activity, and physical function in European and North American community-dwelling older adults: a pooled analysis of four longitudinal aging cohorts. *Am J Clin Nutr* 2021;114(1):29-41.
87. Peng LN, Cheng YC, Yu PC, Lee WJ, Lin MH, Chen LK. Oral Nutritional Supplement with β -hydroxy- β -methylbutyrate (HMB) Improves Nutrition, Physical Performance and

- Ameliorates Intramuscular Adiposity in Pre-Frail Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Nutr Health Aging* 2021;25(6):767-73.
88. Chew STH, Tan NC, Cheong M, Oliver J, Baggs G, Choe Y, et al. Impact of specialized oral nutritional supplement on clinical, nutritional, and functional outcomes: A randomized, placebo-controlled trial in community-dwelling older adults at risk of malnutrition. *Clin Nutr Edinb Scotl* 2021;40(4):1879-92.
 89. Oktaviana J, Zanker J, Vogrin S, Duque G. The Effect of β -hydroxy- β -methylbutyrate (HMB) on Sarcopenia and Functional Frailty in Older Persons: A Systematic Review. *J Nutr Health Aging* 2019;23(2):145-50.
 90. Abe S, Ezaki O, Suzuki M. Medium-Chain Triglycerides in Combination with Leucine and Vitamin D Increase Muscle Strength and Function in Frail Elderly Adults in a Randomized Controlled Trial. *J Nutr* 2016;146(5):1017-26.
 91. Martínez-Arnau FM, Fonfría-Vivas R, Buigues C, Castillo Y, Molina P, Hoogland AJ, et al. Effects of Leucine Administration in Sarcopenia: A Randomized and Placebo-controlled Clinical Trial. *Nutrients* 2020;12(4):E932.
 92. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994;330(25):1769-75.
 93. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging* 2019;23(9):771-87.
 94. Marcos-Pérez D, Sánchez-Flores M, Proietti S, Bonassi S, Costa S, Teixeira JP, et al. Low Vitamin D Levels and Frailty Status in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* [Internet] 2020 [citado 2022 mar 25];12(8):2286. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/8/2286>
 95. Bruyère O, Cavalier E, Buckinx F, Reginster JY. Relevance of vitamin D in the pathogenesis and therapy of frailty. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2017;20(1):26-9.
 96. Park Y, Choi JE, Hwang HS. Protein supplementation improves muscle mass and physical performance in undernourished prefrail and frail elderly subjects: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2018;108(5):1026-33.
 97. Palmer K, Vetrano DL, Marengoni A, Tummo AM, Villani ER, Acampora N, et al. The Relationship between Anaemia and Frailty: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *J Nutr Health Aging* 2018;22(8):965-74.
 98. Hung CD, Yang CC, Lee CY, Hu SCS, Chen SC, Hung CH, et al. Polypharmacy Is Significantly and Positively Associated with the Frailty Status Assessed Using the 5-Item FRAIL Scale, Cardiovascular Health Phenotypic Classification of Frailty Index, and Study of Osteoporotic Fractures Scale. *J Clin Med* 2021;10(19):4413.
 99. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open* [Internet] 2015 [citado 2022 mar 25];5(12):e009235. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/12/e009235>
 100. Saeed D, Carter G, Parsons C. Interventions to improve medicines optimisation in frail older patients in secondary and acute care settings: a systematic review of

- randomised controlled trials and non-randomised studies. *Int J Clin Pharm* 2022;44(1):15-26.
101. Ibrahim K, Cox NJ, Stevenson JM, Lim S, Fraser SDS, Roberts HC. A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty. *BMC Geriatr* 2021;21(1):258.
 102. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatria Gerontol* [Internet] 2009 [citado 2022 mar 25];44(5):273-9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-pacientes-mayores-S0211139X09001310>
 103. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R, et al. Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2019;74(5):659-66.
 104. Yu R, Leung G, Woo J. Randomized Controlled Trial on the Effects of a Combined Intervention of Computerized Cognitive Training Preceded by Physical Exercise for Improving Frailty Status and Cognitive Function in Older Adults. *Int J Environ Res Public Health* [Internet] 2021 [citado 2022 mar 25];18(4):1396. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7913348/>
 105. Kim H, Jung YI, Kim GS, Choi H, Park YH. Effectiveness of a Technology-Enhanced Integrated Care Model for Frail Older People: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Trial in Nursing Homes. *The Gerontologist* 2021;61(3):460-9.
- Sadjapong U, Yodkeeree S, Sungkarat S, Sivoj P. Multicomponent Exercise Program Reduces Frailty and Inflammatory Biomarkers and Improves Physical Performance in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(11):E3760.
106. Lin T, Zhao Y, Xia X, Ge N, Yue J. Association between frailty and chronic pain among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med* 2020;11(6):945-59.
 107. Yuan L, Chang M, Wang J. Abdominal obesity, body mass index and the risk of frailty in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2021;50(4):1118-28.
 108. Afonso C, Sousa-Santos AR, Santos A, Borges N, Padrão P, Moreira P, et al. Frailty status is related to general and abdominal obesity in older adults. *Nutr Res N Y N* 2021;85:21-30.
 109. Yin YH, Liu JYW, Fan TM, Leung KM, Ng MW, Tsang TY, et al. Effectiveness of Nutritional Advice for Community-Dwelling Obese Older Adults With Frailty: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Nutr* [Internet] 2021 [citado 2022 mar 25];8. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnut.2021.619903>
 110. Cichero JAY. Age-Related Changes to Eating and Swallowing Impact Frailty: Aspiration, Choking Risk, Modified Food Texture and Autonomy of Choice. *Geriatr Basel Switz* 2018;3(4):E69.

111. Kawakami Y, Hamano J. Changes in Body Mass Index, Energy Intake, and Fluid Intake over 60 Months Premortem as Prognostic Factors in Frail Elderly: A Post-Death Longitudinal Study. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(6):E1823.
112. Moon JH, Huh JS, Won CW, Kim HJ. Living and eating alone on depressive symptoms by physical frailty status: A cross-sectional study based on the Korean Frailty and Aging Cohort Study. *Arch Gerontol Geriatr* 2022;98:104570.
113. Ng TP, Nyunt MSZ, Feng L, Feng L, Niti M, Tan BY, et al. Multi-Domains Lifestyle Interventions Reduces Depressive Symptoms among Frail and Pre-Frail Older Persons: Randomized Controlled Trial. *J Nutr Health Aging* 2017;21(8):918-26.
114. Pourmotabbed A, Boozari B, Babaei A, Asbaghi O, Campbell MS, Mohammadi H, et al. Sleep and frailty risk: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath Schlaf Atm* 2020;24(3):1187-97.
115. Rainero I, Summers MJ, Monter M, Bazzani M, Giannouli E, Aumayr G, et al. The My Active and Healthy Aging ICT platform prevents quality of life decline in older adults: a randomised controlled study. *Age Ageing* 2021;50(4):1261-7.
116. Mazya AL, Garvin P, Ekdahl AW. Outpatient comprehensive geriatric assessment: effects on frailty and mortality in old people with multimorbidity and high health care utilization. *Aging Clin Exp Res* 2019;31(4):519-25.
117. Cruz-Jentoft AJ, Daragjati J, Fratiglioni L, Maggi S, Mangoni AA, Mattace-Raso F, et al. Using the Multidimensional Prognostic Index (MPI) to improve cost-effectiveness of interventions in multimorbid frail older persons: results and final recommendations from the MPI_AGE European Project. *Aging Clin Exp Res* 2020;32(5):861-8.
118. Ekdahl AW, Alwin J, Eckerblad J, Husberg M, Jaarsma T, Mazya AL, et al. Long-Term Evaluation of the Ambulatory Geriatric Assessment: A Frailty Intervention Trial (AGe-FIT): Clinical Outcomes and Total Costs After 36 Months. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(3):263-8.
119. Gonzales-Turín JM, Rodríguez-Laso Á, Carnicero JA, García-García FJ, Rodríguez-Mañas L. Relationship between self-reported visual impairment and worsening frailty transition states in older people: a longitudinal study. *Aging Clin Exp Res* 2021;33(9):2491-8.
120. Tian R, Almeida OP, Jayakody DMP, Ford AH. Association between hearing loss and frailty: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* [Internet] 2021 [citado 2022 mar 29];21(1):333. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02274-y>
121. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. [Internet]. 2012 [citado 2022 mar 14]; Available from: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
122. Ministerio de Sanidad. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [citado 2022 mar 17]; Available from: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/hcdsns/home.htm>
123. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British

- Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(1):148-57.
124. Martínez-Velilla N, Herrero AC, Cadore EL, Sáez de Asteasu ML, Izquierdo M. Iatrogenic Nosocomial Disability Diagnosis and Prevention. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(8):762-4.
 125. Gómez Jiménez E, Avendaño Céspedes A, Cortés Zamora EB, García Molina R, Abizanda P. Frailty prevalence in hospitalized older adults. A systematic review. *Rev Esp Salud Publica*. 2021; 95: e202110158.
 126. Casas-Herrero Á, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I, Sánchez-Sánchez JL, Montero-Odasso M, Marín-Epelde I, et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2022;
 127. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Proyecto Numa [Internet]. [citado 2022 mar 17]; Available from: https://www.numaweb.es/wp-content/uploads/2019/07/NUMA_Presentacion_-_General.pdf
 128. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. [Internet]. 2015 [citado 2022 mar 17]; Available from: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementacion_local.pdf
 129. Federación Española de Municipios y Provincias. Red Española de Ciudades Saludables (RECS) [Internet]. Available from: <http://recs.es/>
 130. Instituto de Mayores, y Servicios Sociales. Ciudades y comunidades amigables para las personas mayores [Internet]. Available from: https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/index.htm
 131. Ministerio de Sanidad. Convocatoria de Ayudas a las Entidades Locales 2021 [Internet]. 2021 [citado 2022 mar 17]; Available from:
 132. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/ConvocatoriaAyudas.htm>
 133. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto, AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; [Internet]. 2018; Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf
 134. 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):217-219.e2.
 135. Slater SJ. Recommendations for Keeping Parks and Green Space Accessible for Mental and Physical Health During COVID-19 and Other Pandemics. *Prev Chronic Dis* [Internet] 2020 [citado 2022 mar 29];17. Available from: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2020/20_0204.htm

136. Ministerio de Sanidad. Curso: Detección y Manejo de Fragilidad y Caídas en las Personas Mayores [Internet]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/PlanCapacitacion/Curso_Fragilidad.htm
137. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en el SNS Registro en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria. [Internet]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaidas_Registro.pdf
138. Pola Ferrández E, Zuza Santacilia I, Gil Tarragato S, Justo Gil S, Campos Esteban P, López Franco MA. Promoción del envejecimiento saludable a través del abordaje de la fragilidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 4 de junio e202106095.
139. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42(8):703-9.
140. Garcia-Garcia FJ, Gutierrez Avila G, Alfaro-Acha A, Amor Andres MS, De Los Angeles De La Torre Lanza M, Escribano Aparicio MV, et al. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. *J Nutr Health Aging* 2011;15(10):852-6.
141. Cabrero-García J, Muñoz-Mendoza CL, Cabañero-Martínez MJ, González-Llopís L, Ramos-Pichardo JD, Reig-Ferrer A. Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Aten Primaria* [Internet] 2012 [citado 2022 mar 29];44(9):540-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712000923>
142. Kwon S, Perera S, Pahor M, Katula JA, King AC, Groessl EJ, et al. What is a meaningful change in physical performance? Findings from a clinical trial in older adults (the LIFE-P study). *J Nutr Health Aging* 2009;13(6):538-44.
143. Kiel DP, Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation. *Uptodate*, 2014.
144. An evaluation of the effectiveness of a multi-modal intervention in frail and pre-frail older people with type 2 diabetes--the MID-Frail study: study protocol for a randomised controlled trial - PubMed [Internet]. [citado 2022 abr 5]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24456998/>
145. Graham JE, Ostir GV, Kuo YF, Fisher SR, Ottenbacher KJ. Relationship between test methodology and mean velocity in timed walk tests: a review. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89(5):865-72.
146. Peters DM, Fritz SL, Krotish DE. Assessing the reliability and validity of a shorter walk test compared with the 10-Meter Walk Test for measurements of gait speed in healthy, older adults. *J Geriatr Phys Ther* 2001 2013;36(1):24-30.
147. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010;39(4):412-23.
148. Perera S, Mody SH, Woodman RC, Studenski SA. Meaningful change and responsiveness in common physical performance measures in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(5):743-9.

149. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Gerencia de Servicios Sociales. Plan estratégico de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social para el periodo 2022-2027. [Internet]. Available from: <http://participa.jcyl.es/forums/938193-plan-estrat%C3%A9gico-contra-la-soledad-no-deseada-y-e>

ANEXOS

ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL VALORACIÓN	
COMER	
INDEPENDIENTE	10
NECESITA AYUDA PARA CORTAR LA CARNE O EL PAN, EXTENDER LA MANTEQUILLA, ETC.	5
DEPENDIENTE	0
LAVARSE	
INDEPENDIENTE: ES CAPAZ DE LAVARSE ENTERO USANDO LA DUCHA O EL BAÑO	5
DEPENDIENTE	0
VESTIRSE	
INDEPENDIENTE: ES CAPAZ DE PONERSE Y QUITARSE TODA LA ROPA SIN AYUDA	10
NECESITA AYUDA, PERO REALIZA SOLO AL MENOS LA MITAD DE LA TAREA EN UN TIEMPO RAZONABLE	5
DEPENDIENTE	0
ARREGLARSE	
INDEPENDIENTE: INCLUYE LAVARSE LA CARA Y LAS MANOS, PEINARSE, MAQUILLARSE, AFEITARSE, ETC.	5
DEPENDIENTE	0
DEPOSICIÓN (VALORA LA SEMANA PREVIA)	
CONTIENE :NINGÚN EPISODIO DE INCONTINENCIA	10

OCASIONAL: UN EPISODIO DE INCONTINENCIA, NECESITA AYUDA PARA ADMINISTRARSE ENEMAS O SUPOSITORIOS	5
INCONTINENTE	0
MICCIÓN (VALORAR LA SEMANA PREVIA)	
CONTINENTE: NINGÚN EPISODIO DE INCONTINENCIA	10
OCASIONAL: COMO MÁXIMO UN EPISODIO DE INCONTINENCIA EN 24 HORAS; NECESITA AYUDA PARA CUIDADO DE LA SONDA O EL COLECTOR	5
INCONTINENTE	0
USAR EL RETRETE	
INDEPENDIENTE: USA EL RETRETE, BACINILLA O CUÑA SIN AYUDA Y SIN MANCHAR O MANCHARSE	10
NECESITA UNA PEQUEÑA AYUDA PARA QUITARSE Y PONERSE LA ROPA, PERO SE LIMPIA SOLO	5
DEPENDIENTE	0
TRASLADARSE (SILLÓN/CAMA)	
INDEPENDIENTE	15
MÍNIMA AYUDA FÍSICA O SUPERVISIÓN VERBAL	10
NECESITA GRAN AYUDA (PERSONA ENTRENADA), PERO SE SIENTA SIN AYUDA	5
DEPENDIENTE: NECESITA GRÚA O AYUDA DE DOS PERSONAS; NO PUEDE PERMANECER SENTADO	0
DEAMBULAR	
INDEPENDIENTE: CAMINA SOLO 50 METROS, PUEDE AYUDARSE DE BASTÓN, MULETAS O ANDADOR SIN RUEDAS; SI UTILIZA PRÓTESIS ES CAPAZ DE QUITÁRSELA Y PONÉRSELA	15
NECESITA AYUDA FÍSICA O SUPERVISIÓN PARA ANDAR 50 METROS	10
INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS SIN AYUDA NI SUPERVISIÓN	5
DEPENDIENTE	0
SUBIR ESCALERAS	
INDEPENDIENTE PARA SUBIR Y BAJAR UN PISO SIN SUPERVISIÓN NI AYUDA DE OTRA PERSONA	10
NECESITA AYUDA FÍSICA DE OTRA PERSONA O SUPERVISIÓN	5
DEPENDIENTE	0

Sus resultados, a la hora de valorar el grado de dependencia para las ABVD, se establecen, según Shah et al. de la siguiente manera:

- Dependencia escasa (91-99),
- Dependencia moderada (61-90),
- Dependencia severa (21-60),
- Dependencia total (0-20).

ESCALA DE FRAIL

Escala validada y de uso sencillo. Consta de 5 preguntas sencillas relativas cada una de ellas a un dominio (Fatigabilidad, Resistencia, Deambulaci3n, Comorbilidad y P3rdida de Peso). La presencia de cada ítem se valora con 1 punto y se obtiene la suma. Habitualmente se han utilizado sumas de 1 3 2 como puntuaciones indicadoras de prefragilidad y 3 o m3s puntos como indicadoras de fragilidad. Sin embargo, un reciente art3culo ha demostrado que el punto de corte de 3 o m3s tiene una baja sensibilidad para detectar fragilidad en AP seg3n el fenotipo de Fried y el Índice de Fragilidad, y por eso este documento de consenso se inclina por un punto de corte para sospecha de fragilidad de 1 o m3s.

- **Fatigabilidad:** “¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado/a? “

1 = Todo el tiempo,

2 = La mayoría de las veces,

3 = Parte del tiempo,

4 = un poco del tiempo,

5 = En ningún momento.

Las respuestas de “1 “o “2 “se califican como 1 punto y todos los demás como 0 puntos.

Prevalencia basal = 20,1 %.

- **Resistencia:** “¿tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda? “

1 punto = Sí,

0 puntos =No.

Prevalencia basal = 25,5 %.

- **Deambulaci3n:** Por sí mismo/a y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros? “

1 punto = Sí,

0 puntos = No.

Prevalencia basal =27,7 %.

- **Comorbilidad:** para 11 enfermedades, se pregunta: “¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene [la enfermedad] ? “

Las enfermedades son: hipertensi3n, diabetes, c3ncer (que no sea un c3ncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar cr3nica, ataque card3aco, insuficiencia card3aca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.

0 puntos =0-4 enfermedades referidas

1 punto = 5 a 11 enfermedades

- **Pérdida de peso:** “¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual] “y “Hace un año en (MES, AÑO), ¿cuánto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? [Peso hace 1 año] “. El cambio de peso porcentual se calcula como: $[(\text{peso Hace 1 año} - \text{Peso actual}) / \text{peso hace 1 año}] * 100$.

Porcentaje de cambio > 5 (lo que representa un 5% de pérdida de peso) se puntúa como 1 punto y <5% como 0 puntos.

Prevalencia de referencia = 21,0 %.

RECOMENDACIONES

SEGURIDAD PARA EVITAR ACCIDENTES EN HOGAR

Seguridad en personas mayores para evitar accidentes en el hogar



52

Retira muebles, alfombras o cables que obstruyan el paso



Mantén una iluminación suficiente, enciende las luces cuando te levantes por la noche



Evita levantarte bruscamente de la cama, mejor siéntate primero 15 segundos con los pies colgando



Utiliza bastón, andador, gafas o audífonos si lo haces habitualmente



El calzado de casa debe ser cómodo, cerrado, que sujete bien el pie y no resbale



Cuidado con los suelos deslizantes, muy pulidos o con desniveles



En la cocina, coloca los utensilios al alcance de la mano



Para acceder a lugares altos utiliza escaleras estables, los taburetes son peligrosos



En el baño, coloca una alfombrilla antideslizante dentro y fuera de la bañera o plato de ducha



23 marzo 2020

Consulta fuentes oficiales para informarte
www.mscbs.gob.es
www.estilosdevidasaludables.mscbs.gob.es
[@sanidadgob](https://twitter.com/sanidadgob)

#ESTE VIRUS
LO PARAMOS UNIDOS



CS SANTO DOMINGO a 10/02/2024

Fdo: Maria Victoria Gonzalez Gonzalez 0701110602S

MANTENERSE ACTIVO Y PREVENIR CAÍDAS

GANAR EN SALUD: MANTENERSE ACTIVO Y PREVENIR CAIDAS

53

Ganar en salud: Mantenerse activo y prevenir las caídas



Mantenerse físicamente activo es fundamental para disfrutar de una buena calidad de vida y, además, contribuye a prevenir las caídas. A cualquier edad podemos caer pero, según cumplimos años, estas posibilidades aumentan y las consecuencias suelen ser peores, pudiendo resultarnos más difícil volver a la situación que teníamos antes de la caída.

Existen medidas efectivas que nos ayudarán a prevenir las caídas y sus consecuencias:



A Mantenerse físicamente Activo

Realizar actividad física con regularidad es beneficioso sea cual sea su estado de salud. Es importante incorporarla en nuestro día a día.



Se recomienda hacer al menos 150 minutos de actividad física a la semana, por ejemplo, caminar 30 minutos cinco días o más veces a la semana o incluso sumando periodos más cortos de al menos 10 minutos tres veces al día.

Lo que produce más beneficios para la salud es practicar actividad física regularmente

Además, también nos beneficiaremos de hacer 2-3 veces a la semana ejercicios que mantengan nuestros huesos y músculos fuertes y que mejoren nuestra flexibilidad y equilibrio.

Trucos

- Empezar despacio
- Escuchar nuestro cuerpo, adaptando la actividad física a nuestro estado de salud y capacidades.
- Saber que cada paso cuenta, así que siempre algo es mejor que nada.
- Encontrar una actividad que nos guste.
- Ir aumentando su nivel de actividad poco a poco, por ejemplo, 10 minutos cada vez.
- Distribuir la actividad física a lo largo de toda la semana. ¡Cuanto más días, mejor!
- El tiempo activo puede ser el tiempo social, consiga que la familia o amigos se unan o busque actividades de grupo, clases en su barrio, etc.
- Ir a pie siempre que se pueda, tratando de ir a la compra andando o bajar una parada antes, si va en transporte público.

TAI-CHI

El tai-chí le puede ayudar a mejorar estos tres componentes: equilibrio, fuerza y flexibilidad. Además, al practicarlo en grupo se añade un efecto de afinidad positiva, que mejora el estado de ánimo, y disminuye el miedo y el número de caídas.



EJERCICIOS PARA PREVENIR LAS CAÍDAS

B Otras medidas Beneficiosas



➤ **Alguno de los medicamentos que toma puede interferir** con su equilibrio o dejarle adormecido, coméntelo cuando vaya a la consulta en su centro de salud.



➤ **Realice revisiones periódicas de la vista**, es importante que la graduación de sus gafas sea la correcta.



➤ **Cuide bien de sus pies**, son muy importantes para mantener el equilibrio.



➤ **Si necesita usar bastón o andador**, utilícelo, y no sienta vergüenza por emplearlo.



➤ **No se levante bruscamente de la cama**; primero siéntese unos 15 segundos con los pies colgando fuera, y después levántese.



➤ **Las personas mayores son más sensibles** a los efectos del alcohol por lo que su consumo puede aumentar el riesgo de caídas.



➤ Por último, **cuanto más saludable sea su estilo de vida** cuidando aspectos como la alimentación o el no fumar, mejor será su calidad de vida.

C Hacer nuestra Casa más segura

La mayor parte de las caídas ocurren en nuestro domicilio. Algunos consejos sencillos para prevenirlas:



➤ **Es mejor un plato de ducha que una bañera**, disponer de barras para sujetarse y que el suelo sea antideslizante.



➤ **La iluminación en su domicilio debe ser suficiente** sin llegar a deslumbrar. Una casa bien iluminada le ayudará a no tropezar con objetos que no son fáciles de ver.



➤ **Cuidado con las alfombras**, los cables eléctricos u otros elementos sueltos o que puedan deslizarse en el suelo de su domicilio. La mejor opción es retirarlos.



➤ Evite que haya muebles que **obstruyan el paso**.



➤ **Su calzado de estar por casa debe ser cómodo**, cerrado y que sujete bien el pie.



➤ **Cuidado con los suelos deslizantes**, muy pulidos o con desniveles. El suelo debe mantenerse seco en todo momento.



➤ Si en su domicilio hay **escaleras**, deben estar provistas de pasamanos.

CS SANTO DOMINGO a 10/02/2024

Fdo: María Victoria Gonzalez Gonzalez 0701110602S

PLATO SALUDABLE

Gobierno de La Rioja www.larioja.org  SERVICIO RIOJANO DE SALUD	ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA	Apell.1: PACIENTE Apell.2: FICTICIO Fecha Nac.: 01/04/1955 Nº.SS: CS STO DOMINGO CALZADA	Nombre: RIOJASALUD NºHC: 9055664 Edad: 68 Años Sexo: Mujer Nº. Tarjeta: RS358690515059
	Atención Primaria		

Id Plantilla: 18017

Recomendaciones

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE

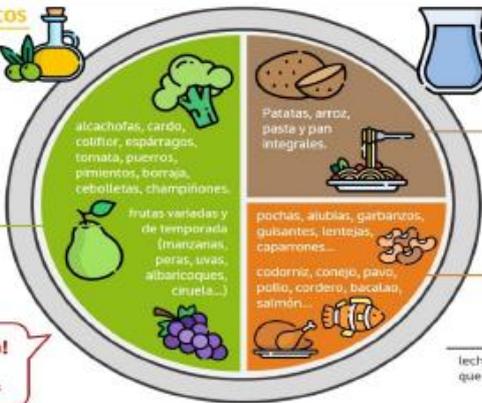
ACEITE Y FRUTOS SECOS

aceite de oliva virgen para aliñar y cocinar.

frutos secos crudos (nuez, almendra, avellanas...).

AGUA

5-8 vasos de agua al día



VERDURAS Y FRUTAS

alcachofas, cardo, coliflor, espárragos, tomate, puerros, pimientos, borraja, cebolletas, champiñones.

frutas variadas y de temporada (manzanas, peras, uvas, albaricoques, ciruela...)

CARBOHIDRATOS

Papas, arroz, pasta y pan integrales.

PROTEÍNAS

pachas, alubias, garbanzos, guisantes, lentejas, caparrones...

codornia, conejo, pavo, pollo, cordero, bacalao, salmón.

LÁCTEOS

leche, yogur natural, queso fresco.

¡Mantente Activo!

Al menos 60 minutos de actividad física todos los días

- Es aconsejable tomar 2 o 3 raciones diarias de verduras, una de ellas si puede ser cruda (ensaladas por ejemplo).

- Se recomienda tomar 3 o 4 piezas de fruta diarias, evitando los zumos y priorizando la fruta de temporada.

- Un puñado de frutos secos al día nos proporciona grasas saludables, es importante elegirlos naturales o tostados.

- Los cereales, el pan, la pasta y el arroz mejoran su calidad nutricional si se eligen integrales.

- Se deben evitar los alimentos procesados y altos en azúcares (galletas, bollería, precocinados...), los quesos grasos, los embutidos y las carnes procesadas (salchichas, hamburguesas...)

- Tanto en comidas como en cenas ha de haber carne, pescado, huevo, o legumbres.

- Las carnes blancas son más recomendables para su consumo frecuente (pavo, pollo, conejo), dejando las rojas (cerdo, ternera...) para ocasionalmente.

- Es aconsejable que el pescado azul (salmón, sardina, dorada...) esté presente 2 veces a la semana, y el pescado blanco 2 o 3.

- El aceite con mayores beneficios es el aceite de oliva, mejor si es virgen extra. Por lo tanto, se ha de limitar el uso de otras grasas como mantequilla, margarina, etc.

- La bebida de elección ha de ser el agua para el día a día, evitando refrescos y bebidas azucaradas.

- En cuanto a los métodos de cocinado, siempre serán más saludables la plancha, la cocción, el horno, el vapor... evitando las frituras y los rebozados

- Siempre que le sea posible, procure comer en compañía, sentado en la mesa, y realizando las comidas en el horario habitual para usted.

Centro de Salud _____ a 05/02/2024

Fdo: Maria Victoria Gonzalez Gonzalez 0701110602S

RECOMENDACIONES DIETA SALUDABLE PACIENTE FRÁGIL

<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p>  <p>Rioja Salud SERVICIO RIOJANO DE SALUD</p>	<p>ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA</p>	<p>Apellido:1: PACIENTE Apellido:2: FICTICIO Fecha Nac.: 01/04/1955 Nº.SS: CS STO DOMINGO CALZADA</p>	<p>Nombre: RIOJASALUD NºHC: 9055664 Edad: 68 Años Sexo: Mujer Nº. Tarjeta: RS358690515059</p>
	<p>Atención Primaria</p>		

Id Plantilla: 18298

Recomendaciones

DIETA SALUDABLE PACIENTE FRAGIL -PLANILLA SEMANAL CON FRECUENCIAS-

Desayunos:

1 vaso de leche (puede ser con café, descafeinado, cacao...) o 1-2 yogures naturales
+ 1 pieza de fruta
+ Rebanada de pan (puede ser con aceite, tomate, pechuga de pavo, jamón desgrasado, queso fresco) o un puñado de cereales sin azúcar (copos de avena, copos de maíz, etc)

Almuerzos y meriendas:

*Se pueden elegir varios alimentos de este grupo, intentando variar entre almuerzo y merienda.

- 1 pieza de fruta
- Vaso de leche (puede ser con café, descafeinado, cacao...)
- Yogur natural
- Queso fresco, pechuga de pavo (se pueden acompañar con biscotes o un poco de pan)
- Puñadito de frutos secos naturales o tostados

DÍA 1

Comida: 1º plato: Legumbre
2º plato: Carne (pollo/pavo/conejo) a la plancha o al horno o guisada con poco aceite
Postre: fruta o yogur natural + Pan
Cena: 1º plato: Ensalada mixta (lechuga, tomate, zanahoria, pepino, espárragos...)
2º plato: Queso fresco (se puede sustituir por 1 lata atún al natural o huevo) se puede añadir a la ensalada.
Postre: fruta o yogur natural + Pan

DÍA 2

Comida: 1º plato: Verdura (se puede acompañar con un poco de patata)
2º plato: Pescado (al horno, a la plancha, en salsa con poco aceite)
Postre: fruta o yogur natural + Pan
Cena: 1º plato: Sopa de verduras (puerro, zanahoria, borraja, cardo, espinacas, calabaza, apio...)
2º plato: 1 huevo (en tortilla con otro huevo sin la yema, o cocido o a la plancha)
Postre: fruta o yogur natural + Pan

DÍA 3

Comida: 1º plato: Pasta con verduras y tomate
2º plato: Carne (pollo, pavo o conejo, se puede añadir al plato de pasta)
Postre: fruta o yogur natural + Pan
Cena: 1º plato: Verdura cocida con aceite crudo (judías verdes, espinacas, acelgas, coles de Bruselas, col, borraja, cardo, coliflor, calabacín...)
2º plato: Pescado (al horno, a la plancha, en salsa con poco aceite)
Postre: fruta o yogur natural + Pan.

Página 1 de 2

Según lo dispuesto en la legislación vigente sobre protección de datos, informamos que los datos personales facilitados quedan bajo RESPONSABILIDAD del Servicio Riojano de Salud (RS), s/Plazuelas, 98, 26009 Logroño (La Rioja). FINALIDAD: Cumplimentar su Historia Clínica con el fin de facilitar la Gestión de la Asistencia en Salud tanto individual como de la comunidad. LEGITIMACIÓN: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. DESTINATARIOS: No se cedrán sin su consentimiento, salvo obligación legal. DERECHOS: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a otros derechos tal y como se expone en la información adicional. INFORMACIÓN ADICIONAL: <https://www.riojasalud.es/proteccion-datos>

RECOMENDACIONES DIETA SALUDABLE PACIENTE FRÁGIL

<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p>  <p>SERVICIO RIOJANO DE SALUD</p>	<p>ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA</p> <p>Atención Primaria</p>	<p>Apellido: PACIENTE</p> <p>Apellido: FICTICIO</p> <p>Fecha Nac.: 01/04/1955</p> <p>Nº.SS:</p> <p>CS STO DOMINGO CALZADA</p>	<p>Nombre: RIOJASALUD</p> <p>NºHC: 9055664</p> <p>Edad: 68 Años</p> <p>Sexo: Mujer</p> <p>Nº. Tarjeta: RS358690515059</p>

57

DÍA 4

Comida: 1º plato: Legumbre
2º plato: Pescado (al horno, a la plancha, en salsa con poco aceite)
Postre: fruta o yogur natural + Pan
Cena: 1º plato: Ensalada variada (lechuga, tomate, zanahoria, pepino, espárragos...)
2º plato: 1 huevo (en tortilla con otro huevo sin la yema, o cocido o a la plancha) Se puede añadir a la ensalada.
Postre: fruta o yogur natural + Pan

DÍA 5

Comida: 1º plato: Verdura (se puede acompañar con un poco de patata) con refrito de ajo
2º plato: Carne (pollo/pavo/conejo) a la plancha o al horno o guisada con poco aceite
Postre: fruta o yogur natural + Pan
Cena: 1º plato: Puré de verdura
2º plato: Pescado (al horno, a la plancha, en salsa con poco aceite)
Postre: fruta o yogur natural + Pan

DÍA 6

Comida: 1º plato: Legumbre
2º plato: Pescado (al horno, a la plancha, en salsa con poco aceite)
Postre: fruta o yogur natural + Pan
Cena: 1º plato: Verdura cocida con aceite (judías verdes, espinacas, acelgas, coles de Bruselas, col, borraja, cardo, coliflor, calabacín...)
2º plato: Queso fresco (se puede sustituir por 1 lata atún al natural o 1 huevo, y se puede añadir al plato de verdura)
Postre: fruta o yogur natural + Pan

DÍA 7

Comida: 1º plato: Arroz con verduras
2º plato: Carne (cerdo/ternera): se puede añadir al arroz y hacer un plato único
Postre: fruta o yogur natural + Pan
Cena: 1º plato: Ensalada mixta (lechuga, tomate, zanahoria, pepino, espárragos...)
2º plato: 1 huevo (en tortilla con otro huevo sin la yema, o cocido o a la plancha) Se puede añadir a la ensalada.
Postre: fruta o yogur natural + Pan

PUNTOS A TENER EN CUENTA

Los lácteos (leche, yogur) se pueden tomar enteros si no hay contraindicación por parte del profesional sanitario.
El pan, arroz y pasta se recomienda que sean integrales para que aumente su cantidad de fibra.
Se puede cambiar el orden de los días al que más le convenga.
Los días que haya en la comida o en la cena pasta, arroz, patata o legumbre, se puede prescindir del pan.
Además, cuando haya alguna celebración o comida especial, se puede tomar algún dulce o postre de forma ocasional.
En caso de hipertensión, las latas de conservas, el queso fresco, la pechuga de pavo, el jamón, etc deben ser bajos en sal.

Centro de Salud _____ a 06/02/2024

Fdo: Maria Victoria Gonzalez Gonzalez 0701110602S

Página 2 de 2

Según lo dispuesto en la legislación vigente sobre protección de datos, informamos que los datos personales facilitados quedan bajo RESPONSABILIDAD del Servicio Riojano de Salud (RS), s/Plazas, 88, 26008 Logroño (La Rioja). FINALIDAD: Cumplimentar su Historia Clínica con el fin de facilitar la Gestión de la Asistencia en Salud tanto individual como de la comunidad. LEGITIMACIÓN: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. DESTINATARIOS: No se cedrán sin su consentimiento, salvo obligación legal. DERECHOS: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos tal y como se expone en la información adicional. INFORMACIÓN ADICIONAL: <https://www.riojasalud.es/proteccion-datos>

DIETA ENRIQUECIMIENTO PROTEICO

Gobierno de La Rioja www.larioja.org  SERVICIO RIOJANO DE SALUD	ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA	Apell.1: PACIENTE Apell.2: FICTICIO Fecha Nac.: 01/04/1955 Nº.SS: CS STO DOMINGO CALZADA	Nombre: RIOJASALUD NºHC: 9055664 Edad: 68 Años Sexo: Mujer Nº. Tarjeta: RS358690515059
	Atención Primaria	Id Plantilla: 18299	

Recomendaciones

RECOMENDACIONES ENRIQUECIMIENTO PROTEICO Anciano frágil de >70 años

Tanto la comida como la cena debe incluir siempre carne (150 g), huevo (1 huevo completo y claras al gusto), pescado (150 g) o conservas al natural de moluscos (almejas, mejillones, pulpo, etc).

En caso de falta de apetito, es recomendable tomar en primer lugar el segundo plato (carne, huevo, pescado, etc) para asegurar la ingesta proteica.

Los postres es recomendable que siempre contengan algún alimento proteico (leche, leche en polvo, queso fresco, yogur, yogur alto en proteínas, cuajada...). Se puede tomar fruta combinándola con alguno de los elementos anteriores.

Alimento o preparación:	Para aumentar proteínas añadir:
Leche o yogur	Leche en polvo * En caso de intolerancia a lactosa/lácteos: leche sin lactosa o bebida vegetal de soja
Sopas y caldos	Carne o pescado, jamón desgrasado, clara de huevo, huevo rallado, legumbres
Cremas y purés	Queso, leche, leche en polvo, yogur, huevo, clara de huevo, legumbres, carnes o pescados triturados
Verduras, patatas, pasta y arroz (siempre deben ir con carne, pescado o huevo)	Jamón desgrasado, pechuga de pavo o pollo, huevo, pescado, carne, queso
Legumbres	Carne, pescado, huevo, queso, jamón desgrasado, pechuga de pavo o pollo
Tortillas	Quesos, jamón desgrasado, carne, pescado, conservas de pescado, pechuga de pavo o pollo
Ensaladas	Quesos, jamón desgrasado, carne, pescado, pechuga de pavo o pollo, conservas de pescado, huevo, salsa de yogur, legumbres
Bocadillos y tostadas	Queso, jamón desgrasado, carne, conservas de pescado, huevo

Quesos recomendados:

Debido a la alta cantidad de grasa de los quesos, recomendamos utilizar los siguientes de forma más frecuente:

- Queso fresco
- Queso feta
- Requesón
- Queso fresco batido
- Queso Quark
- Queso Cottage
- Queso mozzarella

CS SANTO DOMINGO a 06/02/2024

Fdo: Maria Victoria Gonzalez Gonzalez 0701110602S

Página 1 de 1

Según lo dispuesto en la legislación vigente sobre protección de datos, informamos que los datos personales facilitados quedan bajo RESPONSABILIDAD del Servicio Riojano de Salud (RS), s/Piqueras, 88, 26008 Logroño (La Rioja). FINALIDAD: Cumplimentar su Historia Clínica con el fin de facilitar la Gestión de la Asistencia en Salud tanto individual como de la comunidad. LEGITIMACIÓN: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. DESTINATARIOS: No se cedrán sin su consentimiento, salvo obligación legal. DERECHOS: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como a otros derechos tal y como se expone en la información adicional. INFORMACIÓN ADICIONAL: <https://www.riojasalud.es/proteccion-datos>

EJERCICIO PERSONA DEPENDIENTE

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



ÁREA DE
SALUD
DE LA RIOJA

Atención Primaria

Apell.1: PACIENTE
Apell.2: FICTICIO
Fecha Nac.: 01/04/1955
Nº.SS:
CS STO DOMINGO CALZADA

Nombre: RIOJASALUD
NºHC: 9055664
Edad: 68 Años
Sexo: Mujer
Nº. Tarjeta: RS358690515059

Id Plantilla: 17999

Recomendaciones

59

RECOMENDACIONES EJERCICIO PERSONA DEPENDIENTE



RUEDA DE EJERCICIOS

CAMINAR
PUEDES EMPEZAR A CAMINAR CUANDO HAYAS MEJORADO TU FUERZA MUSCULAR.
5-10 SEGUNDOS 5 SERIES.
AUMENTA EL TIEMPO HASTA CONSEGUIR CAMINAR 1-2 MINUTOS DE MANERA CONTINUA.

DESCANSAR
RECUERDE DESCANSAR ENTRE SERIES

RESPIRAR CORRECTAMENTE
RESPIRE NORMALMENTE, NO CONTENGAS LA RESPIRACIÓN DURANTE LOS EJERCICIOS.

EJERCICIO
EN CASO DE DUDA SOBRE COMO REALIZAR LOS EJERCICIOS CONSULTA EN LAS PÁGINAS INTERIORES DEL FOLIOANTE.



1. CAMINAR
Ver leyenda

2. APRETAR UNA PELOTA
Repeticiones 12
Series 3

3. LEVANTAR UNA BOTELLA
Repeticiones 12
Series 3

4. EXTENSION DE PIERNA CON TOBILLERA
Repeticiones 12
Series 3

5. LEVANTARSE DE LA SILLA CON AYUDA
Repeticiones 12
Series 3

6. CAMINAR CON LOS PIES EN LÍNEA
15 pasos
Series 3

7. ESTIRAMIENTO DE BRAZOS
Repeticiones 3
Series 3
Mantener 10 s.

El proyecto ha sido cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa Operativo VA España-Fundación Andorra (POCTEA 2014-2020). El objetivo del POCTEA es reforzar la integración económica y social de la zona beneficiaria (España-Fundación Andorra). Este proyecto se ejecutará con el apoyo de autoridades autonómicas, locales y medioambientales, tecnológicas e innovadoras, a través de estrategias conjuntas y favor del desarrollo territorial sostenible.

CS SANTO DOMINGO a 10/02/2024

Fdo: Maria Victoria Gonzalez Gonzalez 0701110602S

EJERCICIO PERSONA FRÁGIL

<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p> <p>Rioja Salud SERVICIO RIOJANO DE SALUD</p>	<p>ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA</p>	<p>Apell.1: PACIENTE</p> <p>Apell.2: FICTICIO</p> <p>Fecha Nac.: 01/04/1955</p> <p>Nº.SS:</p> <p>CS STO DOMINGO CALZADA</p>	<p>Nombre: RIOJASALUD</p> <p>NºHC: 9055664</p> <p>Edad: 68 Años</p> <p>Sexo: Mujer</p> <p>Nº. Tarjeta: RS358690515059</p>
	<p>Atención Primaria</p>	<p>Id Plantilla: 18000</p> <p>Recomendaciones</p>	

60

RECOMENDACIONES EJERCICIO PERSONA FRAGIL



RUEDA DE EJERCICIOS

CAMINAR
2 minutos 5 series

CAMINA A UN RITMO QUE PUEDAS MANTENER UNA CONVERSACION DE MANERA CONTINUA PERO QUE TE CUESTE UN POCO DE ESFUERZO.

A PARTIR DE LA SEMANA 7 CAMINA 3 SERIES DE 8 MINUTOS.

DESCANSAR
RECUERDE DESCANSAR ENTRE SERIES.

RESPIRAR CORRECTAMENTE
RESPIRE NORMALMENTE, NO CONTIENGA LA RESPIRACION DURANTE LOS EJERCICIOS.

EJERCICIO
EN CASO DE DUDA SOBRE COMO REALIZAR LOS EJERCICIOS, CONSULTA EN LAS PAGINAS INTERIORES DEL PASAPORTE.

El proyecto ha sido cofinanciado al 20% por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa Operativo I+D+i de la Rioja y el Gobierno de La Rioja (2014-2020). El objetivo del FORTIFIA es reforzar la integración económica y social de la cara frágil de la población riojana. Su ejecución contribuye al desarrollo de actividades económicas, sociales y culturales mediante la realización de actividades orientadas a favor del desarrollo territorial sostenible.



1 CAMINAR
Ver leyenda

2 LEVANTAR UNA BOTELLA
Repeticiones 12
Series 3

3 APRETAR UNA PELOTA
Repeticiones 12
Series 3

4 HACER COMO QUE TE SIENTAS
Repeticiones 12
Series 3

5 CAMINAR DE PUNTAS Y CON TALONES
14 pasos
Series 3

6 ESTIRAMIENTO DE BRAZOS
Repeticiones 3
Series 3
Mantener 10 s

7 ESTIRAMIENTO DE BRAZOS
Repeticiones 3
Series 3
Mantener 10 s

EJERCICIO PERSONA FRÁGIL

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA

Atención Primaria

Apell.1: PACIENTE
Apell.2: FICTICIO
Fecha Nac.: 01/04/1955
Nº.SS:
CS STO DOMINGO CALZADA

Nombre: RIOJASALUD
NºHC: 9055664
Edad: 68 Años
Sexo: Mujer
Nº. Tarjeta: RS358690515059

61

RUEDA DE EJERCICIOS

CAMINAR
10 MINUTOS 2 SERIES

CAMINAR A LA BANDA QUE PUEDE MANTENER UNA CONSERVACIÓN DE MARCHA CONTINUA PERO QUE LE CUESTE UN POCO DE ESFUERZO

A PARTIR DE LA SEMANA 7 CAMINAR 3 SERIES DE 10 MINUTOS

DESCANSAR
REPOSAR (DESCANSAR) 2 MINUTOS ENTRE SERIES

RESPIRAR CORRECTAMENTE
RESPIRAR NORMALMENTE, CONTINUA LA RESPIRACIÓN DURANTE LOS EJERCICIOS

EJERCICIOS
EN CASO DE DUDA SOBRE CÓMO REALIZAR LOS EJERCICIOS CONSULTAR EN LAS PÁGINAS INTERIORES DEL MATERIAL

1 CAMINAR
Ver leyenda

2 ESTIRAR UNA TOALLA
Repeticiones 12
Series 2

3 LEVANTAR UNA BOTELLA
Repeticiones 12
Series 2

4 LEVANTARSE DE LA SILLA
Repeticiones 12
Series 3

5 OBSTÁCULOS
3 obstáculos
Series 6

6 CAMINAR HACIENDO OCHOS
2 vueltas
Series 3

7 ESTIRAMIENTO DE PIERNAS
Repeticiones 6
Series 3
Mantener 10 s

8 ESTIRAMIENTO DE BRAZOS
Repeticiones 3
Series 3
Mantener 10 s

viviProfil

Elaborado por el equipo de trabajo de la Unidad de Geriátrica del Hospital General de La Rioja, en colaboración con el equipo de fisioterapia del Hospital General de La Rioja y el equipo de fisioterapia del Hospital General de La Rioja. Financiado por el Gobierno de La Rioja. Fecha de actualización: 10/02/2024. Contacto: Unidad de Geriátrica, Hospital General de La Rioja. Teléfono: 941 00 00 00. Correo electrónico: geriatrica@larioja.org

CS SANTO DOMINGO a 10/02/2024

Fdo: Maria Victoria Gonzalez Gonzalez 0701110602S

EJERCICIO PERSONA NO FRÁGIL

<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p> <p>Rioja Salud SERVICIO RIOJANO DE SALUD</p>	<p>ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA</p>	<p>Apell.1: PACIENTE Apell.2: FICTICIO Fecha Nac.: 01/04/1955 Nº.SS: CS STO DOMINGO CALZADA</p>	<p>Nombre: RIOJASALUD NºHC: 9055664 Edad: 68 Años Sexo: Mujer Nº. Tarjeta: RS358690515059</p>
	<p>Atención Primaria</p>	<p>Id Plantilla: 18001</p>	

Recomendaciones

RECOMENDACIONES EJERCICIO PERSONA NO FRÁGIL



RUEDA DE EJERCICIOS

CAMINAR
20 MINUTOS 2 SERIES.
CAMINA A UN RITMO QUE PUEDES MANTENER UNA CONVERSACION DE MANERA CONTINUA PERO QUE TE COSTE UN POCO DE ESFUERZO.
A PARTIR DE LA SEMANA 7 CAMINA DE MANERA CONTINUA ENTRE 30 Y 45 MINUTOS.

DESCANSAR
REQUERCE DESCANSAR 2 MINUTOS ENTRE SERIES.

RESPIRAR CORRECTAMENTE
RESPIRE NORMALMENTE, NO CONTENGA LA RESPIRACION DURANTE LOS EJERCICIOS.

EJERCICIOS
EN CASO DE DUDA SOBRE COMO REALIZAR LOS EJERCICIOS CONSULTE EN LAS PAGINAS INTERIORES DEL PASAPORTE.

El proyecto ha sido cofinanciado a ERS por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa Operativo y a Euzkadi-Fundación Anónima (FOFSA) 2014-2020. El objetivo del PROTEFA es promover la integración ambiental y social de la zona turística Euzkadi-Fundación Anónima, así como de convertirse en un desarrollo de sostenibilidad económica, social y medioambiental transformándose a través de estrategias conjuntas a favor del desarrollo turístico sostenible.



CS SANTO DOMINGO a 10/02/2024

Fdo: Maria Victoria Gonzalez Gonzalez 0701110602S

ADHERENCIA TRATAMIENTO

<p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p> <p> SERVICIO RIOJANO DE SALUD</p>	<p>ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA</p>	<p>Apell.1: PACIENTE Apell.2: FICTICIO Fecha Nac.: 01/04/1955 Nº.SS: CS STO DOMINGO CALZADA</p>	<p>Nombre: RIOJASALUD NºHC: 9055664 Edad: 68 Años Sexo: Mujer Nº. Tarjeta: RS358690515059</p>
	<p>Atención Primaria</p>	<p>Id Plantilla: 16337</p>	
<p>Recomendaciones</p>			

MANEJAR BIEN SU TRATAMIENTO AUMENTARÁ SU CALIDAD DE VIDA



El cumplimiento terapéutico mejora la calidad de vida futura. No es fácil ser constante, pero es imprescindible para el buen control de las enfermedades crónicas.

Los medicamentos no funcionan si **NO** se toman.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA

- Impide el correcto control de su enfermedad.
- Genera una mayor probabilidad de recaídas y consultas adicionales.
- Agrava su enfermedad y empeora su calidad de vida.

RECOMENDACIONES A SEGUIR

- Conozca su enfermedad y los objetivos de su tratamiento.
- Para una mejor vigilancia y control de su salud es necesaria su implicación y participación.
- Comparta los problemas que le dificultan la adherencia (toma de medicación y seguimiento de hábitos saludables) para que los profesionales sanitarios y las personas de su entorno le puedan ayudar.
- Integre la medicación, cambios dietéticos y hábitos saludables en su rutina diaria.
- Solicite apoyo familiar o social en los casos de dependencia o necesidad.
- Para facilitar la toma de su medicación puede ayudarse con sistemas de dispensación (pastilleros) y recordatorios, alarmas, calendarios, etc.



APP en español sugerida: lea el código inferior para acceder a su descarga gratuita.

Dispositivos Android



Dispositivos IOS



Encontrará más información en la página web www.riojasalud.es, en el apartado Cuida tu salud



Nombre: RIOJASALUD
Apellido1.: PACIENTE
Apellido2: FICTICIO
Dir:
Población:
NSS:



NHC: 9055664

Tf: -
Edad: 68 Años
Fecha Nacimiento: 01/04/1955
Sexo: Mujer
NIF: Z1119889R

Id Único Paciente: **1035534**

Material	Cantidad	Unidad
Tubo Rojo	10.0	ml
Tubo lila (EDTA)	5.0	ml