



PRESENTACIÓN DE LA
“ACTUALIZACIÓN DEL
DOCUMENTO DE
CONSENSO SOBRE
PREVENCIÓN DE LA
FRAGILIDAD Y CAÍDAS EN LA
PERSONA MAYOR (2026)”

Desde la realidad de la AP asistencial, “cons and PROS”




semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

Dr. Iñaki Martín Lesende

CS Indautxu, OSI Bilbao-Basurto
Departamento Medicina UPV/EHU
GdT semFYC atención al Mayor y PAPPS-semFYC

Valoración funcional

PERSONAS MAYORES en comunidad

Buen estado de salud

FRÁGILES

DEPENDENCIA
Final de la vida

Prevención (**prevención de la dependencia**)
/ promoción de la salud
Envejecimiento activo

Manejo sd geriátricos (**FRAGILIDAD, CAÍDAS**),
Comorbilidad - medicación
procesos coincidentes

Coordinación sociosanitaria - sistemas integrados -
niveles/especialistas - **PERSONA EN EL CENTRO**

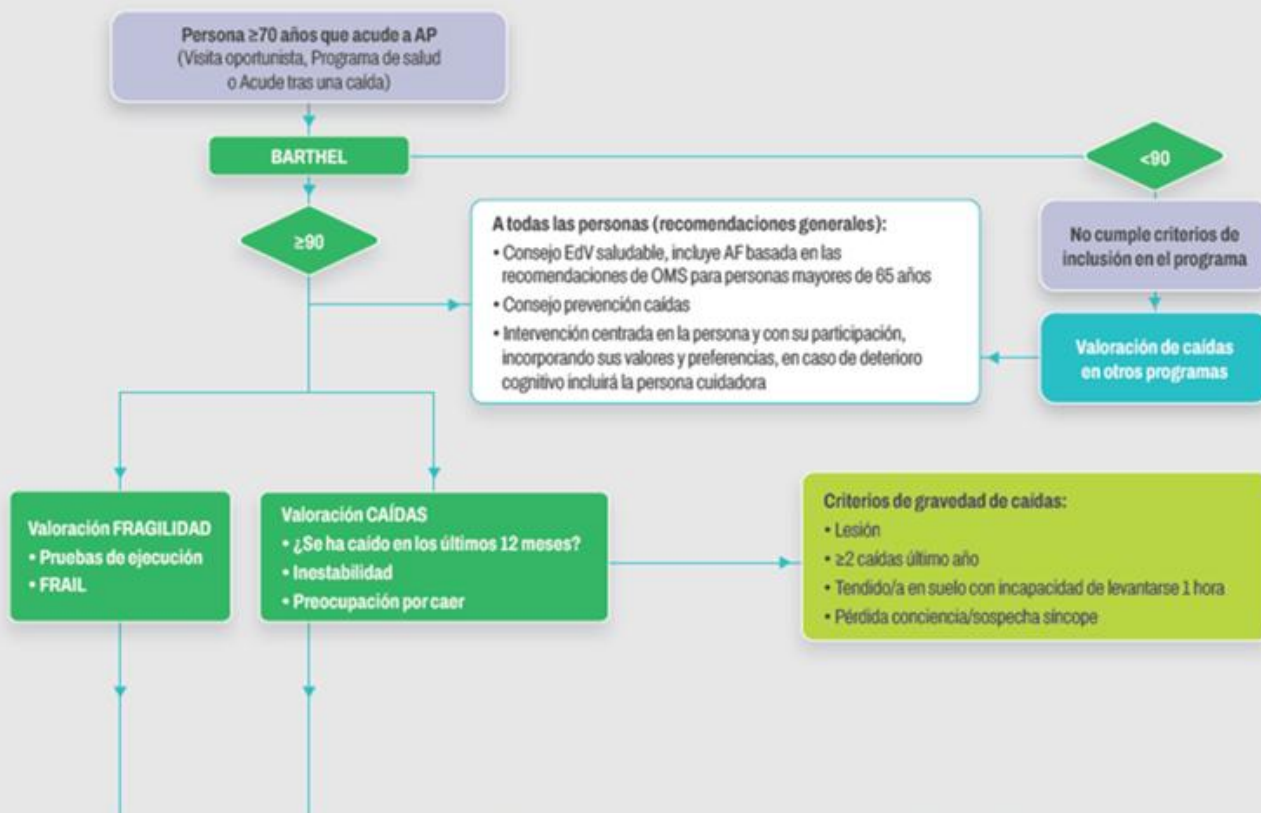
FUNCIONALIDAD



FRAGILIDAD

Prevención, detección y abordaje

Algoritmo de abordaje de fragilidad y caídas en atención primaria



Detección fragilidad	Detección riesgo de caídas	Definición	Clasificación	Valoración	Intervención	Seguimiento*
No frágil SPPB≥10 VM≥0,8 TUG≤12 FRAIL=0	Ninguna pregunta positiva	No frágil Riesgo bajo de caídas	Riesgo bajo	No precisa	Recomendaciones generales	1 año
	Alguna pregunta positiva Ningún criterio de gravedad	No frágil Riesgo bajo de caídas	Riesgo medio	Si se ha caído: Historia de caídas No se ha caído: valorar inestabilidad o preocupación por caer	Intervenciones caídas según FR detectados + recomendaciones generales Incidir en consejos prevención de caídas	6 meses
	Alguna pregunta positiva Algún criterio de gravedad	No frágil Riesgo alto de caídas	Riesgo alto	VMC	Según el resultado de la valoración adaptar la intervención: 1. Ejercicio físico multicomponente 2. Alimentación 3. Revisión medicación 4. Revisión riesgos hogar	3-6 meses
Alta probabilidad fragilidad SPPB<10 VM<0,8 TUG >12 FRAIL≥1	Ninguna pregunta positiva	Alta probabilidad fragilidad Riesgo bajo de caídas		VGI		
	Alguna pregunta positiva Ningún criterio de gravedad	Alta probabilidad fragilidad Riesgo medio de caídas		VGI+VMC		
	Alguna pregunta positiva Algún criterio de gravedad	Alta probabilidad fragilidad Riesgo alto de caídas	Riesgo muy alto	VGI+VMC valorar derivación**	Intervención fragilidad + intervención caídas multidominio	1-3 meses





**¿Tú haces detección
de fragilidad
activamente en consulta?**

**... Ups...
Silencio incómodo**

Enrique de **72** años, de **buena salud**, va al **gimnasio** y a nadar y mantiene **buena relación social**

Lucía de **73** años, vive **sola**, con **comorbilidad**, aunque solo toma **3 medicamentos** habituales. **AIVD íntegras**

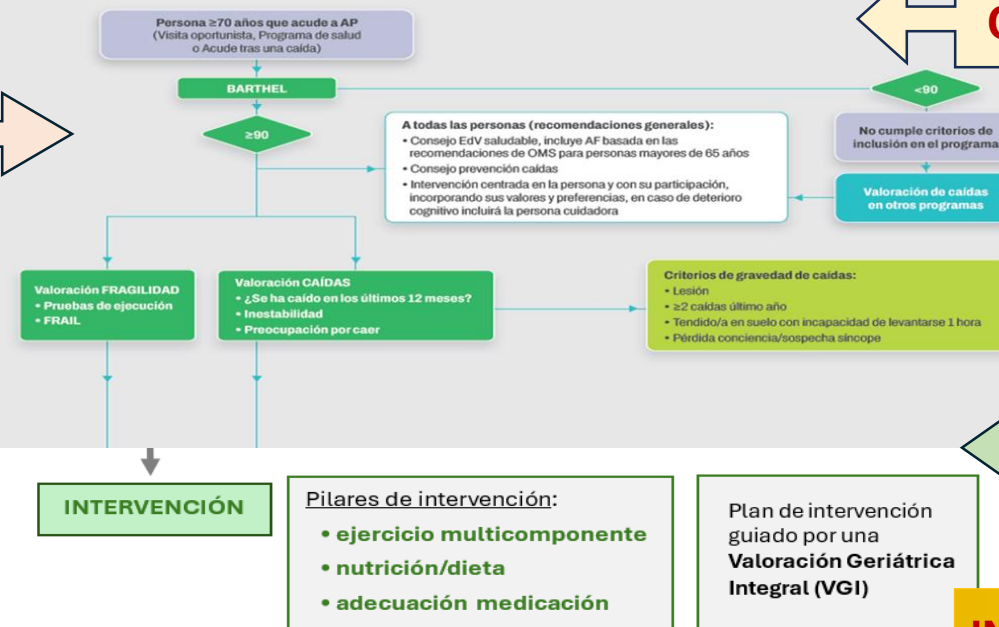
María **80**, **comorbilidad/polifarmacia**, **limitación** algunas **AIVD**; **RCV moderado** (SCORE2 OP). Dos **caídas** último año.

Tomás, **68** años, reciente **ingreso hospitalario** por evento CV, desde alta **astenia y disminución AIVD**

CONSENSO, aprobado por el CI

Prevención, detección y abordaje

Algoritmo de abordaje de fragilidad y caídas en atención primaria



CONTINUUM CLÍNICO ASISTENCIAL

➤ Herramientas diagnósticas (Fried/FI)?

➤ Pruebas de ejecución / FRAIL?

➤ Papel AIVD?

➤ Papel dinamometría?

➤ VGI, VMC en AP?

➤ Facilitadores, TICs?

➤ Profesionales de apoyo?

Sobrecarga asistencial?

INTERVENCIONES intensidad-efectividad, individualizada, efecto ↑↑↑ en TODOS



CONSENSO experto, **APROBADO** CONSEJO IT



Pertinencia e **INTEGRACIÓN EN CARTERA DE SERVICIOS / HCE**



ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO



FISTERRA



Guías Europeas



**MODELO AJUSTABLE,
CONCEPTO DE
FRAGILIDAD**



DERIVACIÓN Y COOPERACIÓN

- Geriatría
- Recursos Sociales (TS de AP)

Selección de Diagnósticos Kodifika

EE010	Descripción
L257	Cromosoma 2 Págil
L804	Lineas de Bola>
L005	Otros afocionees homosotificas especificas
E202	Otros plapases en trombocitopaneas
T760HAA	Negligencia a abandone ad adultus, sospoche, contacte inticel



Tipología Paciente Mayor



Quiénes somos

Actividad Física

Alcohol

Entornos saludables

Envejecimiento saludable

Interrupciones voluntarias del embarazo

Lesiones

Prevención de violencia

Programas de cribado

Promoción de la salud y equidad

Salud de la infancia y adolescencia

Salud y género

Tabaco

Vacunas y programa de vacunación



Consulta fuentes oficiales
Envejecimiento saludable y prevención de fragilidad
www.sanidad.gob.es
NºPI: 133-22-109-1
Mayo 2022

ESTILOS DE VIDA
SALUDABLE



Video "Prevenir la fragilidad ES POSIBLE"



Fragilidad y caídas

La fragilidad es un deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una pérdida de la capacidad intrínseca, lo que confiere una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y a los eventos sanitarios adversos ¹. Se puede detectar, prevenir y revertir con intervenciones oportunas.

La pérdida de la capacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la

Herramienta de decisión para profesionales sanitarios: fragilidad y caídas (NUEVO)

Promoción de la salud y Prevención > Envejecimiento saludable > Prevención de fragilidad y caídas > Herramienta de decisión

Herramienta de decisión

Herramienta de decisión para profesionales sanitarios: fragilidad y caídas

Esta herramienta está destinada a apoyar la toma de decisiones clínicas de profesionales sanitarios en la valoración de la fragilidad y el riesgo de caídas.

Formulario

¿La persona cuenta con 70 años o más de edad?

☐ Sí ☐ No

(Seleccione "Sí" si la persona tiene 70 años o más. En caso contrario, seleccione "No".)

Limpiar

Herramienta desarrollada por el Ministerio de Sanidad.

Atención al Mayor

Atención al mayor

Justificación

La población con mayor vejez en el mundo sigue creciendo a un ritmo no precedente. Según de OMS, entre 2015 y 2050, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 65 años se duplicará o pasará del 12% al 22%. En 2000, se cree que uno de cada diez personas tendrá más de 65 años y este grupo poblacional habrá pasado de los 1.000 millones en 2000, a los 1.100 millones en 2020. El Océano, según el Informe Nacional de Envejecimiento (INE), en 2020, la población de 65 años y más será de 1.100 millones y crecerá a 1.400 millones en 2050. El INE también indica que la esperanza de vida aumentará de 74 años en 2000 a 84 años en 2050.



Manual de atención a personas mayores

Atención al mayor

Compartir

ISBN: 977-13-67669-15-2

Edición: Octubre 2025

Páginas: 584

Descripción:

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes retos de la Medicina de Familia en el siglo XXI. Este manual ofrece una guía clara sobre cómo afrontar las necesidades de nuestra población mayor desde el punto de vista de la Atención Primaria.

Fruto del trabajo colectivo de numerosos autores, el manual pretende facilitar los diferentes retos que posibilitan pensar las personas mayores en consulta.



Nuevas evidencias para la prevención en mayores: recomendaciones para la práctica en Atención Primaria



Atención a las personas mayores en Atención Primaria

Atención al mayor

Re patroneado:

Online

Compartir

Se dispondrá de 75 días para completar el curso a partir del día de acceso al aula virtual.



Objetivo:

Desarrollar un abordaje integral de la atención a las personas mayores, incorporando estrategias de prevención, valoración funcional, planificación de la VGI e intervención.



Enrique de **72** años, de **buena salud**, va al **gimnasio** y a nadar y mantiene **buena relación social**

Lucía de **73** años, vive **sola**, con **comorbilidad**, aunque solo toma **3 medicamentos** habituales. **AIVD íntegras**

María **80**, **comorbilidad/polifarmacia**, **limitación** algunas **AIVD**; **RCV moderado** (SCORE2 OP). Dos **caídas** último año.

Tomás, **68** años, reciente **ingreso hospitalario** por evento CV, desde alta **astenia y disminución AIVD**

CONSENSO, aprobado por el CI

➤ **Herramientas diagnósticas**
(Fried/FI)?

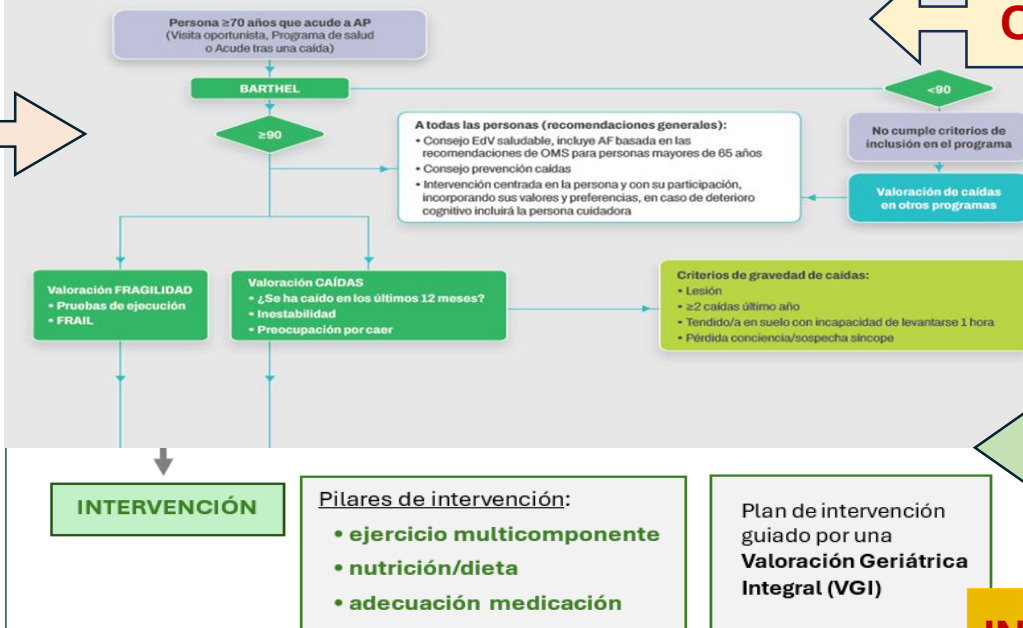
➤ **Pruebas de ejecución / FRAIL?**

➤ **Papel AIVD?**

➤ **Papel dinamometría?**

Prevención, detección y abordaje

Algoritmo de abordaje de fragilidad y caídas en atención primaria



CONTINUUM CLÍNICO ASISTENCIAL

➤ **VGI, VMC en AP?**

➤ **Facilitadores, TICs?**

➤ **Profesionales de apoyo?**

¿Sobrecarga asistencial?

INTERVENCIONES intensidad-efectividad,
individualizada, efecto ↑↑↑ en TODOS

Sobrecarga asistencial?

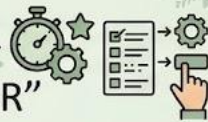
PREVALENCIA

estudio DETFRAGIL



“DEJAR DE HACER

PARA HACER MEJOR”



- **ENFERMERÍA** profesional clave



- **DERIVACIÓN-COOPERACIÓN OTROS NIVELES/ESPECIALISTAS-geriatría/SERVICIOS SOCIALES**



índice de **Fried**: 8,5% frágiles, 59% prefrágiles

VM: 15,8%

SPPB: 33,4

TUG: 20,4%

FRAIL: ≥ 1 se observó en el 51,7%

sencillas y rápidas

baja concordancia (diferentes constructos)

solapamiento fragilidad-prefragilidad

considerar elevados FP

Mejores VPP con combinaciones:

VM+VIDA+FRAIL ≥ 1	0,80 (0,55-1)
SPPB+VIDA+FRAIL ≥ 1	0,73 (0,46-0,99)

Estudio DETFRAGIL1

Mi cupo: 290 ≥ 70 años, aproximadamente un 20% alteración ABVD = 230 **frágiles**

Fried: 20

VM: 37

SPPB: 77

TUG: 47

FRAIL: 119

Enrique de **72** años, de **buena salud**, va al **gimnasio** y a nadar y mantiene **buena relación social**

Lucía de **73** años, vive **sola**, con **comorbilidad**, aunque solo toma **3 medicamentos** habituales. **AIVD íntegras**

María **80**, **comorbilidad/polifarmacia**, **limitación** algunas **AIVD**; **RCV moderado** (SCORE2 OP). Dos **caídas** último año.

Tomás, **68** años, reciente **ingreso hospitalario** por evento CV, desde alta **astenia y disminución AIVD**

CONSENSO, aprobado por el CI

➤ **Herramientas diagnósticas**
(Fried/FI)?

➤ **Pruebas de ejecución / FRAIL?**

➤ **Papel AIVD?**

➤ **Papel dinamometría?**

Prevención, detección y abordaje

Algoritmo de abordaje de fragilidad y caídas en atención primaria



CONTINUUM CLÍNICO ASISTENCIAL

➤ **VGI, VMC en AP?**

➤ **Facilitadores, TICs?**

➤ **Profesionales de apoyo?**

Sobrecarga asistencial?

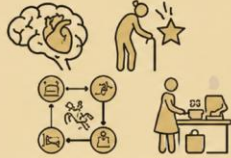
INTERVENCIONES intensidad-efectividad,
individualizada, efecto ↑↑↑ en TODOS

CONTINUUM ASISTENCIAL

Edad



ECV, sds. geriátricos (fragilidad/caídas), eventos, AIVD, cambios estado basal

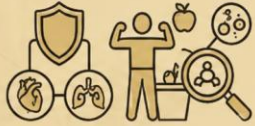


COMORBILIDAD/COMPLEJIDAD



POLIFARMACIA

PREVENCIÓN



ESTRATEGIAS/INTERVENCIONES (VGI) EFECTIVAS EN TODOS



Herramientas específicas, CFS



CFS – Escala Clínica de Fragilidad

Herramienta para valorar la fragilidad en personas mayores a partir del **estado funcional global**.



1		MUY EN FORMA	Personas activas, con energía, motivadas y que realizan ejercicio de forma habitual. Están entre las más en forma para su edad.
2		EN FORMA	Personas sin enfermedad activa, pero no realizan ejercicio de forma habitual. Están activas de forma ocasional, p. ej., por la temporada o al caminar.
3		MANEJO BIEN	Personas cuyos problemas médicos están bien controlados, pero no están habitualmente activas más allá de las tareas rutinarias.
4		VULNERABLE	Personas que, a pesar de no depender de otros para su ayuda diaria, sus síntomas limitan sus actividades. A menudo se quejan de estar "más lentos" y/o se cansan durante el día.
5		FRAGILIDAD LEVE	Necesitan ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria (finanzas, transporte, compras, comidas, tareas del hogar). Podrían necesitar ayuda para elegir la ropa adecuada.
6		FRAGILIDAD MODERADA	Necesitan ayuda para todas las actividades instrumentales y para algunas actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, etc.).
7		FRAGILIDAD SEVERA	Dependientes para el cuidado personal, por cualquier causa física o cognitiva. Aun así, parecen estables y no tienen un riesgo elevado de morir (en los próximos ~6 meses).
8		FRAGILIDAD MUY SEVERA	Completamente dependientes, acercándose al final de la vida. Típicamente, no se recuperan de una enfermedad leve.
9		ENFERMEDAD TERMINAL	Con una expectativa de vida < 6 meses. No es aplicable la fragilidad, sino el pronóstico de vida.

BMJ Open Functional decline and associated factors in patients with multimorbidity at 8 months of follow-up in primary care: the functionality in pluripathological patients (FUNCIPLUR) longitudinal descriptive study

Estudio FUNCIPLUR

Estudio FUNCIPLUR, seguimiento funcional y factores de su pérdida en pacientes incluidos en programa de pluripatológicos

38% integridad índice de Barthel
31% independientes en Lawton-Brody

Table 2 Baseline classification by the Barthel Index and Lawton Scale overall and stratified by sex

Baseline functional status	Total n=241	Women n=113	Men n=128	P values*
Overall functional impairment (Barthel Index <60 or moderate, severe or total dependence based on the Lawton IADL Scale), n (%)	92 (38.2)	50 (44.2)	42 (32.8)	0.068
Barthel Index(BADL), n (%)				<0.001
Independent (score: 100)	86 (37.5)	24 (21.2)	62 (48.4)	
Mildly dependent (score: 60–95)	124 (51.5)	68 (60.2)	56 (43.8)	
Moderately dependent (score: 40–55)	15 (6.2)	10 (8.8)	5 (3.9)	
Severely dependent (score: 20–35)	12 (5)	9 (8)	3 (2.3)	
Totally dependent (score: <20)	4 (1.7)	2 (1.8)	2 (1.6)	
Lawton Scale(IADL), n (%)				0.011
Independent (women 8 points, men 5)	76 (31.5)	32 (28.3)	44 (34.4)	
Mildly dependent (women 6–7 points, men 4)	73 (30.3)	31 (27.4)	42 (32.8)	
Moderately dependent (women 4–5 points, men 2–3)	43 (17.8)	16 (14.2)	27 (21.1)	
Severely dependent (women 2–3 points, men 1)	27 (11.2)	18 (15.9)	9 (7)	
Totally dependent (women 0–1 point, men 0)	22 (9.1)	16 (14.2)	6 (4.7)	

*χ².

BADL, basic activities of daily living; IADL, instrumental activities of daily living.

Circunstancias en las que conviene sospechar una fragilidad

- **Pérdida funcional objetiva** (AIVD o ABVD) tras: ingreso hospitalario, proceso infeccioso, periodo de convalecencia, cuadro depresivo, caídas, ...
- **Quejas subjetivas de fatiga, debilidad o cansancio** persistente.
 - ✓ *No deben ser normalizadas por los profesionales en el contexto de “cumplir años”.*
- **Pérdida de peso no intencionada**, sobre todo si >5% en un año o rápida.
 - ✓ *No existe una pérdida de peso fisiológica asociada al envejecer.*
- **Reducción de la velocidad al caminar** o dificultad para ponerse de pie
- **Caídas de repetición.**
- **Hospitalizaciones recientes:** especialmente si hay complicaciones o una recuperación prolongada.
- **Polifarmacia** (5 o más medicamentos habituales).
- **Problemas para mantener una dieta equilibrada.**
- **Problemas cognitivos.**
- **Depresión o aislamiento social**, con cambios en el estado de ánimo o la interacción social, que pueden producir una disminución en la capacidad funcional.
- **Multimorbilidad**, sobre todo si las enfermedades tienen impacto en la situación funcional.

Tabla 3. Valores de la tabla de contingencia para las diferentes pruebas y combinaciones de detección de fragilidad (Fried ≥ 3 puntos), respecto del total de la muestra (n=329, 28 pacientes frágiles y 272 no frágiles).

	VN^a n (%) ^b	FN^a n (%) ^b	VP^a n (%) ^c	FP^a n (%) ^c	Frágiles n (porcentaje) ^d
VM^e	267 (96,39)	10 (3,61) ^c	18 (34,62)	34 (65,38)^d	52 (15,81)
SPPB^e	213 (97,26)	6 (2,74)	22 (20)	88 (80)	110 (33,43)
TUG^e	251 (95,80)	11 (4,20)	17 (25,37)	50 (74,63)	67 (20,36)
FRAIL^e ≥ 3 puntos	291 (93,27)	21 (6,73)	7 (41,18)	10 (58,82)	17 (5,17)
FRAIL ≥ 1	156 (98,11)	3 (1,89)	25 (14,71)	145 (85,29)	170 (51,67)
VIDA^e <32 puntos	289 (93,53)	20 (6,47)	8 (40)	12 (60)	20 (6,08)
VM + FRAIL ≥ 1	277 (96,52)	10 (3,48)	18 (42,86)	24 (57,14)	42 (12,77)
SPPB + FRAIL ≥ 1	249 (97,27)	7 (2,73)	21 (28,77)	52 (71,23)	73 (22,19)

^a VN: verdaderos negativos, FN: falsos negativos, VP: verdaderos positivos, FP: falsos positivos

^b porcentaje respecto del total de negativos en cada prueba o combinación

^c porcentaje respecto del total de positivos en cada prueba o combinación

^d porcentaje de frágiles con cada prueba o combinación, respecto al total de la muestra (329)

^e VM: velocidad de la marcha, SPPB: Short Physical Performance Battery, TUG: test de "levántate y anda", FRAIL: cuestionario FRAIL, VIDA: cuestionario VIDA

Tabla 3. Capacidad predictiva de cada herramienta en la pérdida funcional a los 6 meses.

	OR (IC95%)	p-value	AUC (IC95%)
Fried ≥ 3	4.26 (1.63 – 11.18)	0.0032	0.586 (0.505 – 0.667)
VM frágiles $<0.8\text{m/s}$	5.51 (2.45 – 12.38)	<0.0001	0.660 (0.566 – 0.754)
SPPB frágiles <10	5.13 (2.25 – 11.73)	0.0001	0.694 (0.604 – 0.784)
TUG frágiles $>12\text{s}$	4.24 (1.93 – 9.31)	0.0003	0.651 (0.556 – 0.746)
FRAIL ≥ 3	1.35 (0.29 – 6.21)	0.7010	0.508 (0.460 – 0.557)
FRAIL ≥ 2	1.96 (0.87 – 4.43)	0.1065	0.567 (0.475 – 0.658)
FRAIL ≥ 1	3.32 (1.38 – 8.02)	0.0076	0.636 (0.552 – 0.721)
VIDA frágiles <32	2.72 (0.85 – 8.76)	0.0934	0.541 (0.476 – 0.606)
VM + VIDA	6.42 (1.76 – 23.45)	0.0049	0.557 (0.492 – 0.621)
VM + FRAIL ≥ 1	5.46 (2.35 – 12.68)	<0.0001	0.639 (0.548 – 0.731)
SPPB + VIDA	4.96 (1.43 – 17.26)	0.0118	0.553 (0.489 – 0.618)
SPPB + FRAIL ≥ 1	5.33 (2.42 – 11.74)	<0.0001	0.682 (0.587 – 0.777)
TUG + VIDA	4.96 (1.43 – 17.26)	0.0118	0.553 (0.489 – 0.618)
TUG + FRAIL ≥ 1	5.19 (2.32 – 11.61)	<0.0001	0.656 (0.562 – 0.751)
VM+VIDA+FRAIL ≥ 1	7.52 (1.99 – 28.44)	0.0029	0.559 (0.494 – 0.623)
SPPB+VIDA+FRAIL ≥ 1	6.42 (1.76 – 23.45)	0.0049	0.557 (0.492 – 0.621)
TUG+VIDA+FRAIL ≥ 1	6.42 (1.76 – 23.45)	0.0049	0.557 (0.492 – 0.621)

OR: Odds ratio; IC: Intervalo de confianza; AUC: Área bajo la curva ROC.

Tabla 2. Análisis descriptivo de resultados a los 6 meses.

Variables resultado	Seguimiento 6 meses (n = 317)
	n (%)
Perdida funcional Barthel	24 (7.57)
Perdida funcional VIDA	9 (2.84)
Perdida funcional (Barthel+Vida)	29 (9.15)
Muerte	0 (0)
Ingresos	34 (10.73)
Urgencias	58 (18.47)
Institucionalización	1 (0.32)
Caídas	50 (15.77)

Enrique de **72** años, de **buena salud**, va al **gimnasio** y a nadar y mantiene **buena relación social**

Lucía de **73** años, vive **sola**, con **comorbilidad**, aunque solo toma **3 medicamentos** habituales. **AIVD íntegras**

María **80**, **comorbilidad/polifarmacia**, **limitación** algunas **AIVD**; **RCV moderado** (SCORE2 OP). Dos **caídas** último año.

Tomás, **68** años, reciente **ingreso hospitalario** por evento CV, desde alta **astenia y disminución AIVD**

CONSENSO, aprobado por el CI

➤ **Herramientas diagnósticas**
(Fried/FI)?

➤ **Pruebas de ejecución / FRAIL?**

➤ **Papel AIVD?**

➤ **Papel dinamometría?**

Prevención, detección y abordaje

Algoritmo de abordaje de fragilidad y caídas en atención primaria



CONTINUUM CLÍNICO ASISTENCIAL

➤ **VGI, VMC en AP?**

➤ **Facilitadores, TICs?**

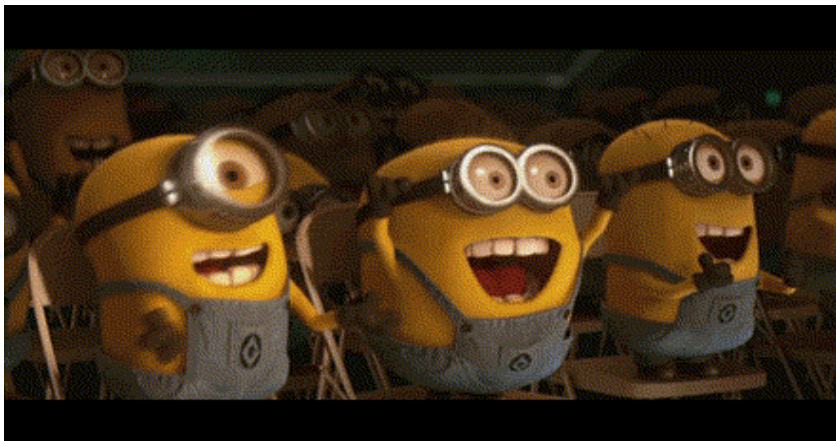
➤ **Profesionales de apoyo?**

Sobrecarga asistencial?

INTERVENCIONES

intensidad-efectividad, individualizada. efecto

↑↑↑ en TODOS



INTERVENCIÓN

RECOMENDACIÓN VGI



Componentes de una valoración Geriátrica Integral (VGI)

1. Valoración – evaluación multidimensional



Orientada a la Atención Primaria (AP)
Maleable y dinámica según ámbito y finalidad

2. Delimitación de problemas

Resumen global/funcional
Situaciones y sds geriátricos (nuevos/no abordados)
Potencialmente modificables

3. INTERVENCIONES y manejo de problemas encontrados

Efectivas, factibles. Con suficiente intensidad.
Multidisciplinares
Implementación – **seguimiento** - reevaluación



IMPLANTACIÓN / EMPLEO



- Tiempo que requiere (en torno a 45-60 minutos)
- Necesidad de adiestramiento/capacitación de l@s profesionales
- No tan consistente evidencia de efectividad en AP: intervenciones con *insuficiente intensidad* o *mala selección población diana* (muy sanos, muy deteriorados).

atractiva

www.valintan.com

Diferentes entornos y SO

VALINTAN
Valoración-Intervención en el Anciano

VALINTAN
Valoración-Intervención en el Anciano

Evaluaciones Diagnósticos Intervenciones Recursos Estadísticas

Perfil Desconectar

EVALUACIÓN Nº 31

EVALUACIÓN Nº 27

FECHA

SITUACIÓN

MOTIVO DE

17/11/2021 16:41:12

EVALUACIÓN COMPLETADA

VALORACIÓN DE UN SÍNDROME GERIÁTRICO

08/09/2021

14:27:47

EVALUACIÓN COMPLETADA

EXPLORACIÓN

100% COMPLETADO

[X] ENFERMEDADES CRÓNICAS

El paciente ha sido diagnosticado de:

- ☐ Insuficiencia cardíaca (IC)
- ☒ Patología cardiovascular (CV)
- ☐ Osteoarticular sintomática
- ☐ Otra considerada relevante por el profesional por su influencia en la funcionalidad del paciente

Observaciones

HTA, ICTUS

NOTAS

alteración memoria

100% COMPLETADO

[X] EDAD

PASOS

- ☒ EDAD
- ☒ INGRESO HOSPITALARIO
- ☒ ENFERMEDADES CRÓNICAS
- ☒ PESO
- ☒ TABACO
- ☒ AUDICIÓN
- ☒ RIESGO DE CAÍDAS
- ☒ ACTIVIDAD FÍSICA
- ☒ MEDICACIÓN
- ☒ ACTIVIDS. INSTRUMENTALES AIVD
- ☒ PRUEBAS DE EJECUCIÓN
- ☒ ACTIVIDS. BÁSICAS ABVD
- ☒ INCONTINENCIA URINARIA
- ☒ ALTERACIÓN COGNITIVA
- ☒ ALTERACIÓN AFECTIVA
- ☒ SOPORTE SOCIAL
- ☒ SOBRECARGA DEL CUIDADOR

ÍTEMS VALORACIÓN

dirigido, intuitivo

cálculos
lógica

EXPLORACIÓN FÍSICA

✕ Eliminar

Indique la edad del paciente

EDAD: 88

Observaciones

17/02/2022 17:34:44 EN PROGRESO

24% COMPLETADO

[X] PRUEBAS DE EJECUCIÓN

Seleccione uno de los siguientes tests, preferiblemente el 'test de velocidad de la marcha':

- VELOCIDAD DE LA MARCHA
- LEVANTESE Y ANDE
- SPPB
- NO REALIZABLE

TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA

Pídale al paciente que camine a su velocidad normal y confortable la distancia en línea recta de 4 metros, siendo conveniente dejar 1 metro antes del inicio (aceleración) y otro al final (deceleración). Repetir 3 veces y coger el mejor de los tiempos:

TIEMPO EMPLEADO: 4 segundos

VELOCIDAD: 1,00 metros/segundo.

Observaciones

RESUMEN COMPLETO

formación de los profesionales

DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS

Esta es la relación de los diagnósticos encontrados en base a la evaluación del paciente.

Abriendo cada uno de ellos podrá consultar rápidamente la acción o conjunto de acciones aconsejadas para llevar a cabo como intervención para la mejora del paciente.

- ⊕ ALTERACIÓN FUNCIONAL EN LAS PRUEBAS DE EJECUCIÓN.
- ⊕ BAJO NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA
- ⊕ PERSONA MAYOR FRÁGIL VER RECURSOS
- ⊕ OBESIDAD
- ⊕ POLIFARMACIA

DIAGNÓSTICOS

Cerrar

FECHA

SITUACIÓN

MOTIVO DE USO

NOTAS

17/11/2021 16:41:12

EVALUACIÓN COMPLETADA

VALORACIÓN DE UN SÍNDROME GERIÁTRICO

alteración memoria

100% COMPLETADO

RESUMEN COMPLETO

Cerrar Resumen

Generar PDF

Portapapeles

Imprimir

Resumen IA

Persona Muy Mayor: 88 años.

Con relevante comorbilidad

- Osteoarticular sintomática
- OTRA: ERC estadio I/IV

Toma 5 medicamentos habituales.

Con BAJO nivel de actividad física.

Presenta los siguientes resultados en la valoración de **actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, cuestionario **VIDA** alterado 28 puntos.Presenta unas **actividades básicas de la vida diaria ABVD**, cuestionario de **Barthel**, con resultado de DEPENDENCIA ESCASA (95 puntos).Los **PROBLEMAS/DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS** han sido:

- BAJO NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA
- PERSONA MAYOR FRÁGIL VER RECURSOS
- OBESIDAD
- POLIFARMACIA

La **INTERVENCIÓN** sugerida e inicial a realizar es:

- ACTIVIDAD/EJERCICIO FÍSICO VER RECURSOS
- EJERCICIO MULTICOMPONENTE VER RECURSOS
- Intervención en NUTRICIÓN Y DIETA VER RECURSOS
- ADECUACIÓN MEDICACIÓN INADECUADA VER RECURSOS

RESUMEN situación de la persona

INTERVENCIONES y recursos

vida diaria (AIVD), con resultado de DEPE

forma sistemática. Ad 5 minutos de actividad
de acuerdo a: la capacidad para conseguir los

Recursos/enlaces relacionados

ACTIVIDAD/EJERCICIO FÍSICO

CLÍNICA GERIÁTRICA ORIENTADA A LA INTERVENCIÓN

- Guía Osakidetza Envejecimiento Activo y Saludable. Concisa pero actual guía de Osakidetza para fomentar un envejecimiento activo-saludable. Dirigida a las personas-pacientes.
- GUÍA OSAKIDETZA ACTIVIDAD FÍSICA. Consejos para prevenir la inactividad y sedentarismo. Consejos, muy conciso y escueto, para evitar el sedentarismo, de Osakidetza.
- GUÍA OSAKIDETZA ACTIVIDAD FÍSICA. Consejos para promover la actividad física. Consejo de actividad física, según estándar recomendado.
- Estilos de vida saludable MSCBS. Actividad física y sedentarismo. De la página del MSCBS "Estilos de vida saludable".
- EJERCICIO FÍSICO, PORTAL "EN BUENA SALUD" Servicio Andaluz de Salud (SAS). Portal web "en buena edad". SAS. Recursos de ejercicio físico.
- EJERCICIO FÍSICO, PORTAL "EN BUENA SALUD" Servicio Andaluz de Salud (SAS). Ejercicios de resistencia y equilibrio. Ejercicios de fortalecimiento y equilibrio.
- EJERCICIO FÍSICO, PORTAL "EN BUENA SALUD" Servicio Andaluz de Salud (SAS). Ejercicios de fortalecimiento muscular. Ejercicios de fortalecimiento muscular.
- EJERCICIO FÍSICO, PORTAL "EN BUENA SALUD" Servicio Andaluz de Salud (SAS). Ejercicios para fomentar la flexibilidad. Ejercicios de flexibilidad.

Cerrar

Una actividad física y ejercicio regular es una intervención a recomendar siempre, de forma sistemática. Adecuado a las características de la persona/paciente, y de cierta intensidad. Recomendar, si es posible, realizar como mínimo 150 minutos a la semana de actividad física moderada (por ej. caminar con paso ligero-moderado, que le cueste algo hablar mientras camina) o 75 minutos de actividad más intensa (por ej. correr o nadar), o una combinación de ambas. Evitar el sedentarismo.

Recuerde que es conveniente **establecer una prioridad** en los planes de intervención de acuerdo a: la capacidad y recursos que tenemos para modificarlos, preferencias del paciente o familiares, y en base a su relevancia.

Las **intervenciones** además de **realistas y factibles**, deberían tener **suficiente intensidad** para conseguir los objetivos esperados, a veces realizados de forma multidisciplinar (muchas veces al menos médico-enfermera).

Se deben establecer **visitas de seguimiento y evaluación de resultados**.

entorno de administrador

Cerrar Resumen

Generar PDF

Portapapeles

Imprimir

Diagnósticos

Esta es la relación de todos los diagnósticos que pueden ser deducidos en base

Abriendo cada uno de ellos podrá consultar rápidamente la acción o conjunto de

- + ALTERACIÓN FUNCIONAL EN LAS PRUEBAS DE EJECUCIÓN Y/O AIVD
- + BAJO NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA
- + FRAGILIDAD (consenso del Ministerio de Sanidad)
- + FRAGILIDAD CONSISTENTE [VER RECURSOS](#)
- + COMORBILIDAD RELEVANTE
- + COMORBILIDAD MUY RELEVANTE/PACIENTE COMPLEJO
- + BAJO PESO
- + TABAQUISMO
- + PROBABLE DETERIORO AUDITIVO
- + OBESIDAD
- + RIESGO DE DESNUTRICIÓN
- + RIESGO DE CAÍDAS
- + DESNUTRICIÓN
- + INCONTINENCIA URINARIA
- + MEDICACIÓN INADECUADA
- + POLIFARMACIA
- + POLIFARMACIA EXTREMA
- + DETERIORO COGNITIVO
- + PROBABLE ALTERACIÓN AFECTIVA
- + CONDICIÓN SOCIAL DESFAVORABLE (BAJO SOPORTE SOCIAL)
- + SOBRECARGA DEL CUIDADOR



Intervenciones

Esta es la relación de todas las intervenciones/acciones posibles para el intento de resol

Abriendo cada uno de ellos podrá consultar rápidamente el diagnóstico o conjunto de dia

- + ACTIVIDAD/EJERCICIO FÍSICO [VER RECURSOS](#)
- + EJERCICIO MULTICOMPONENTE [VER RECURSOS](#)
- + INTERVENCIÓN FRAGILIDAD [VER RECURSOS](#)
- + CESE TABÁQUICO [VER RECURSOS](#)
- + CONTROL DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS RELEVANTES [VER RECURSOS](#)
- + Abordaje DETERIORO AUDITIVO [VER RECURSOS](#)
- + Intervención en NUTRICIÓN Y DIETA [VER RECURSOS](#)
- + Manejo INCONTINENCIA URINARIA [VER RECURSOS](#)
- + ADECUACIÓN MEDICACIÓN INADECUADA [VER RECURSOS](#)
- + DEPRESCRIPCIÓN POR POLIFARMACIA EXTREMA [VER RECURSOS](#)
- + Abordaje DETERIORO COGNITIVO [VER RECURSOS](#)
- + Abordaje ALTERACIÓN AFECTIVA [VER RECURSOS](#)
- + FACILITAR RECURSOS SOCIALES [VER RECURSOS](#)
- + PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y VALORACIÓN RIESGOS EN EL HOGAR [VER RECURSOS](#)
- + INTERVENCIÓN SOBRE EL CUIDADOR PRINCIPAL [VER RECURSOS](#)





CONCLUSIONES:

facilitar el camino hacia un envejecimiento activo.



▶ **Fragilidad y caídas:** retroalimentación mutua; detectar juntas, actuar antes.



▶ **Dependencia:** prevenir y revertir es posible con intervenciones precoces y eficaces.



▶ **AP:** estrategia factible y eficiente; *hacer menos para hacer mejor.*



▶ **VGI + intervención multidominio:** mayor efectividad.



▶ **AP y enfermería:** liderazgo, continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria.



▶ **Herramientas integradas:** de la detección a la acción.



Detección activa



Intervenciones eficaces



Trabajo en equipo



Entorno seguro y accesible



Resultados en salud y calidad de vida



Detectar • Intervenir • Acompañar ♥





inaki.martinlesende@osakidetza.eus

inaki.martinle@ehu.eus