

II Jornada Malaltia Renal Crònica

Pacient fràgil amb MRC

Esther Limón¹

Laia Gené Huguet²



¹Metgessa de família. EAP Mataró 7 – Ronda Prim. Coordinadora GdT d'Atenció Domiciliària de la CAMFiC

²Metgessa de família. EAP Les Borges del Camp. Secretària GdT de Gent Gran de la CAMFiC

Barcelona, 22 d'octubre de 2024

- Conceptes fonamentals de la **fragilitat**
- Evolució de la **MRC**
- Impacte d'aquesta condició en les persones amb MRC en **casos pràctics**

**Considereu que la fragilitat és rellevant?
És rellevant en pacients amb malaltia renal crònica?**

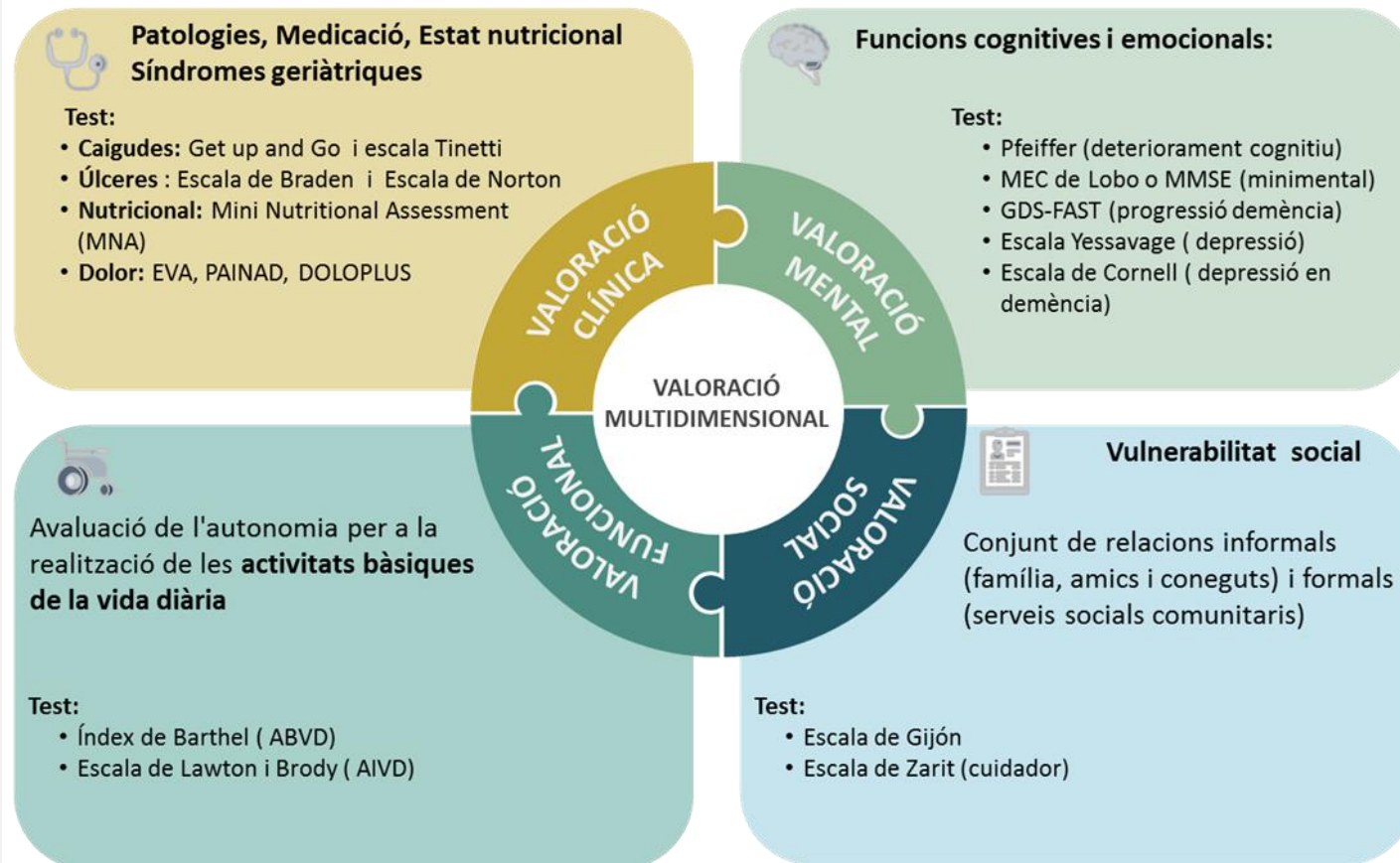
Fonaments de la fragilitat

Població diana



Conceptes bàsics de fragilitat

Diagnòstic situacional



❑ El diagnòstic situacional s'entén com una valoració multidimensional integral i evolutiva al llarg del temps de les **dimensions clínica, funcional, mental i social de la persona**

❑ Aquesta visió global del pacient és determinant en la revisió de la medicació centrada a la persona

Conceptes bàsics de fragilitat

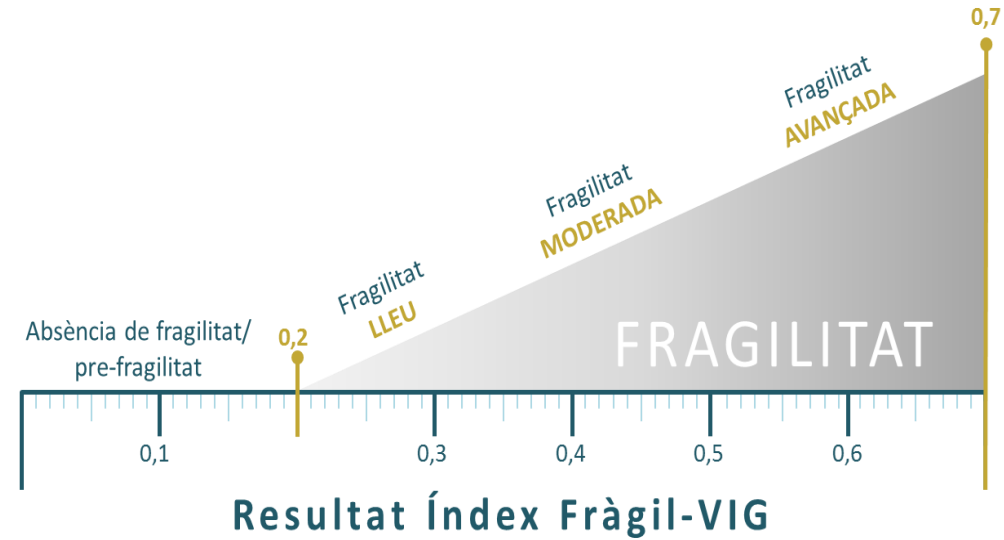
Diagnòstic situacional

Índice Frágil-VIG

DOMINIO	VARIABLE	DESCRIPCIÓN	Respuesta	Puntuació	
FUNCIONAL	AIDVS	¿Recibe ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, tienda, restaurante)?	No	0	
		¿Recibe ayuda para utilizar adecuadamente el teléfono?	No	0	
		¿Recibe ayuda para preparar / administrarse la medicación?	No	0	
		¿Recibe ayuda para preparar / administrarse la medicación?	No	0	
	ABVDs	Índice de Barthel (18)	¿Dependencia leve/moderada (18-90-65)?	No	0
		¿Dependencia moderada-grave (18-60-25)?	No	0	
		¿Dependencia absoluta (18-60)?	No	0	
		¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	No	0	
		¿Ausencia de deterioro cognitivo?	No	0	
		¿Det. cognitivo leve/moderado (equivalente GDS ≤ 5)?	No	0	
NUTRICIONAL	Malnutrición	¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	No	0	
COGNITIVO	Grado de deterioro cognitivo	¿Det. cognitivo leve/moderado (equivalente GDS ≤ 5)?	No	0	
EMOCIONAL	Síndrome depresivo	¿Recibe medicación antidepresiva?	No	0	
	Insomnio/ansiedad	¿Recibe tratamiento habitual con benzodiazepinas y/o otros psicofármacos de perfil sedante para el sueño?	No	0	
SOCIAL	Vulnerabilidad social	¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	No	0	
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Síndrome confusional	¿En los últimos 6 meses, ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que haya requerido de neurofármacos?	No	0	
	Caídas	¿En los últimos 6 meses, ha presentado ≥ 2 caídas o alguna caída que haya requerido de hospitalización?	No	0	
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (relacionada con la dependencia y/o vascular, de cualquier grado) y/o herida crónica?	No	0	
	Polifarmacia	¿Habitualmente, toma ≥ 5 fármacos (no incluye fármacos condicionales)?	No	0	
	Disfagia	¿Se atraganta habitualmente (cuando come o bebe) y/o en los últimos 6 meses, ha presentado infección respiratoria por aspiración?	No	0	
	SÍNTOMAS	Dolor ++	¿Requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	No	0
ENFERMEDADES	Disnea ++	¿La disnea basal le impide salir de casa y/o requiere de opiáceos habitualmente?	No	0	
		¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No	0	
	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No	0	
	Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumoopatía restrictiva...)?	No	0	
	Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmia)?	No	0	
	Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (enf. de Parkinson, ELA...)? o antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	No	0	
	Digestivo	¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrosis, enfermedad de Crohn, enfermedad inflamatoria intestinal...)?	No	0	
	Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	No	0	

Nombre de déficits 0

Índice Frágil-VIG 0



Resultat Índex Fràgil-VIG

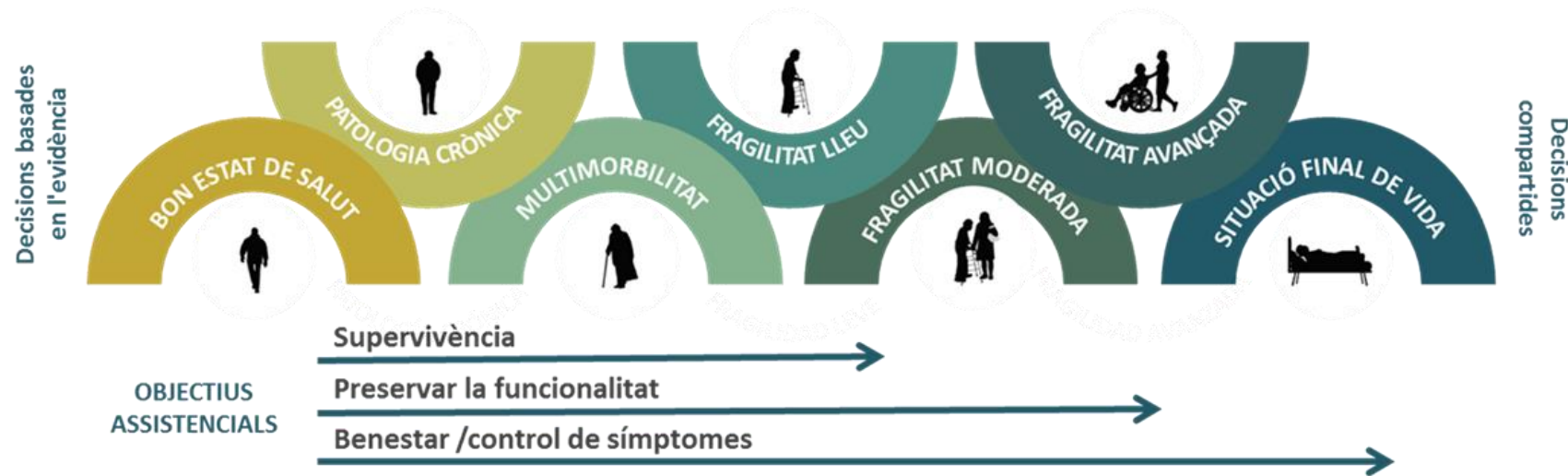
Grau de fragilitat segons puntuació de l'ÍF Adaptat d'Amblas et al.

La fragilitat s'entén com un estat clínic en el que la vulnerabilitat d'un individu per desenvolupar major dependència i/o mortalitat està incrementada quan s'exposa a un factor d'estrès.

Bases conceptuales i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat pla director sociosanitari direcció estratègica d'atenció primària

Conceptes bàsics de fragilitat

Objectius assistencials



- ☐ La determinació del diagnòstic situacional juntament amb la valoració de l'entorn del pacient i les seves preferències permeten establir els **objectius assistencials** del pacient per **adequar la intensitat terapèutica, optimitzar l'ús de recursos i planificar-ne l'atenció**.
- ☐ Els objectius assistencials es poden agrupar en 3 categories alineades amb els objectius vitals de l'individu encara que cal tenir en compte que són dinàmics, que la transició entre ells és gradual i progressiva
- ☐ A mesura que les patologies evolucionen i la complexitat clínica de la persona incrementa, l'evidència científica disponible és menor, per això implicar el pacient i/o el seu entorn en les decisions terapèutiques és imprescindible.

Taula 1. Pronòstic de la malaltia renal crònica segons les categories de filtrat glomerular i d'albuminúria

Pronòstic de la malaltia renal crònica segons el filtrat glomerular estimat i l'albuminúria (KDIGO 2012)				Categories d'albuminúria		
				Descripció i interval		
				A1	A2	A3
				Normal o augment lleu <30 mg/g <3 mg/mmol	Augment moderat 30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	Augment greu >300 mg/g >30 mg/mmol
Categories per filtrat glomerular estimat, descripció i rang (mL/min/1,73 m ²)	G1	Normal o alt	≥ 90			
	G2	Disminució lleu	60-89			
	G3a	Disminució lleu-moderada	45-59			
	G3b	Disminució moderada-greu	30-44			
	G4	Disminució greu	15-29			
	G5	Fallida renal	<15			

Els colors indiquen el risc relatiu ajustat per a cinc esdeveniments (mortalitat global, mortalitat cardiovascular, fallida renal tractada amb diàlisi o transplantament, fallida renal aguda i progressió de la malaltia renal) a partir d'una metaanàlisi de cohorts de població general. Verd: risc baix; groc: moderat; taronja: alt; vermell: molt alt.

Múltiples estudis mostren un **increment** significatiu de la prevalença de **fragilitat** segons **progressa** la **MRC**. Tanmateix diversos estudis demostren que la **MRC** és un **factor** molt important en el **desenvolupament** de **fragilitat** ^(1,2)

La presència de fragilitat als pacients amb MRC, igual que a la població general, és un fort **predictor de l'aparició d'events adversos** com caigudes, fractures, deteriorament cognitiu, disminució de la qualitat de vida, complicacions cardiovasculars i mortalitat ⁽³⁾

1. Chowdhury R, Peel NM, Krosch M, Hubbard R. Frailty and chronic kidney disease; a systematic review. Ar Gerontol Geriatr 2017; 68: 135-142
2. Kojima G. Prevalence of frailty in end-stage renal disease: a systematic review and meta-analysis. Int Urol Nephrol 2017; 49: 1989-1997.
3. Wu IP, Chao CT, Chan DC, Huang JW, Hung KY. Contributors, risk associates, and complications of frailty in patients with chronic kidney disease: a scoping review. Ther Adv Chronic Dis 2019; 10: 1-23

La **fragilitat** també condiciona una **pitjor evolució** del pacient en **diàlisi**. De manera que pot fer plantejar-se la Teràpia Renal Substitutiva ⁽¹⁾. Afecta també l'evolució de l'accés vascular (més taxa de fracàs)⁽²⁾, disminueix la probabilitat del Trasplantament ⁽³⁾ i empitjora l'evolució ⁽⁴⁾

Sembla que la MRC és un estat d'**envelliment metabòlic accelerat** que contribueix a l'estat d'inflamació crònica, l'acúmul de productes avançats de la glicosilació, estrès oxidatiu, resistència a la insulina, calcificació vascular i osteoporosi.

1. Johansen KL, Delgado C, Bao Y, Tamura MK. Frailty and Dialysis Initiation. Semin Dial 2013; 26: 690-696

2. Chao CT, Chiang CK, Huang JW, Hung KY. Self-reported frailty among end stage renal disease patients: a potential predictor of dialysis access outcomes. Nephrolgy 2017; 22:333-334

3. Alfaadhel TA, Soroka SD, Kiberd BA, Landry D, Moorhouse P, Tennankore KK. Frailty and Mortality in dialysis: evaluation of clinical frailty scale. Clin J Am Soc Nephrol 2015; 10: 832-840 [

4. Gandolfini I, Regolisti G, Bazzocchi A, Maggiore U, Palmisano A, Piotti G, Fiaccadori E, Sabatino A. Frailty and sarcopenia in older patients receiving kidney transplantation. Front Nutr 2019; 6: 169



Maria, 78 anys

Antecedents personals

HTA 20a evolució
DM2 15a evolució
Gonartrosi (EVA 7/10)
IRC estadi 3 (FG 45)
Incontinència urinària
Restrenyiment

Tractament

Enalapril/HTCZ 20/12,5mg/d
MTF 850mg/8h
Sitagliptina 50mg/d
PCT 1gr/8h
Tramadol 6 gotes / 12h
Absorbents 3 al dia

Situació psico-social

Viu sola en un tercer pis sense ascensor
Té una filla que viu a 40min, la visita cada dia per si necessita ajuda i li prepara SPD
SAD públic 1h/d, l'ajuda a dutxar-se, a preparar el menjar, l'acompanya a la compra
Només viatja amb la filla, ja no es veu capaç d'agafar taxi ni bus sola
Els últims 4 mesos ha caigut dues vegades al llevar-se al matí



Maria, 78 anys

Motiu de consulta

Astènia de mesos d'evolució, pèrdua de pes i de la gana. Ella refereix inestabilitat.

Exploració física

TA 150/85mmHg

Pes 60Kg (pèrdua 5Kg en els
últims 3 mesos)

Edema lleu a turmells

Pell seca i pruriginosa

Analítica sanguínia

Creat: 3,5 mg/dL

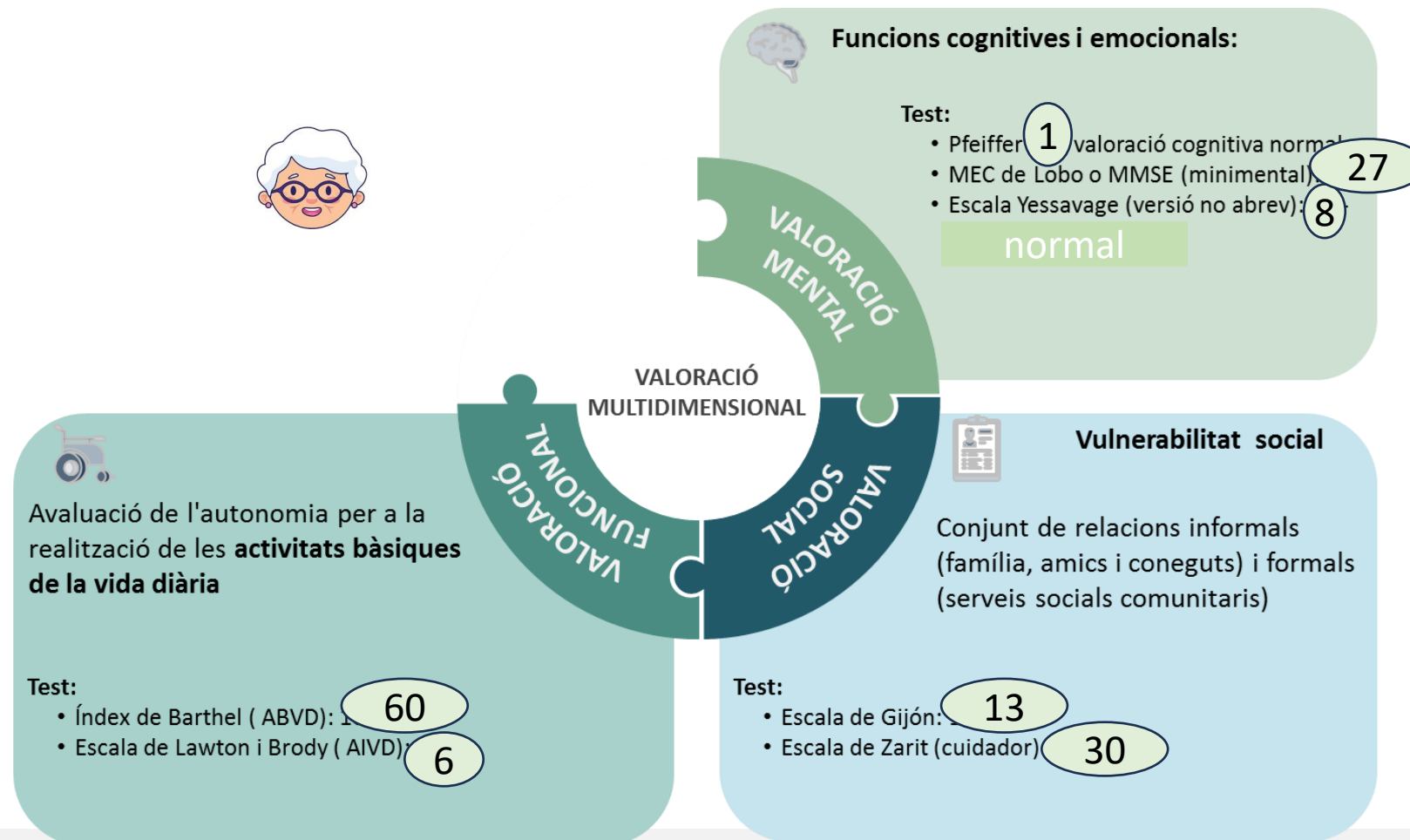
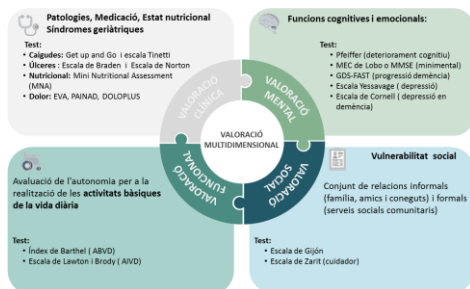
FG: 20mL/min/1,73m²

Hb: 10 g/dL

Glu: 140 mg/dL / Hb1Ac 7,5%

Alb: 3,2 g/dL

Na: 138 mmol/L / K 5,2 mmol/L



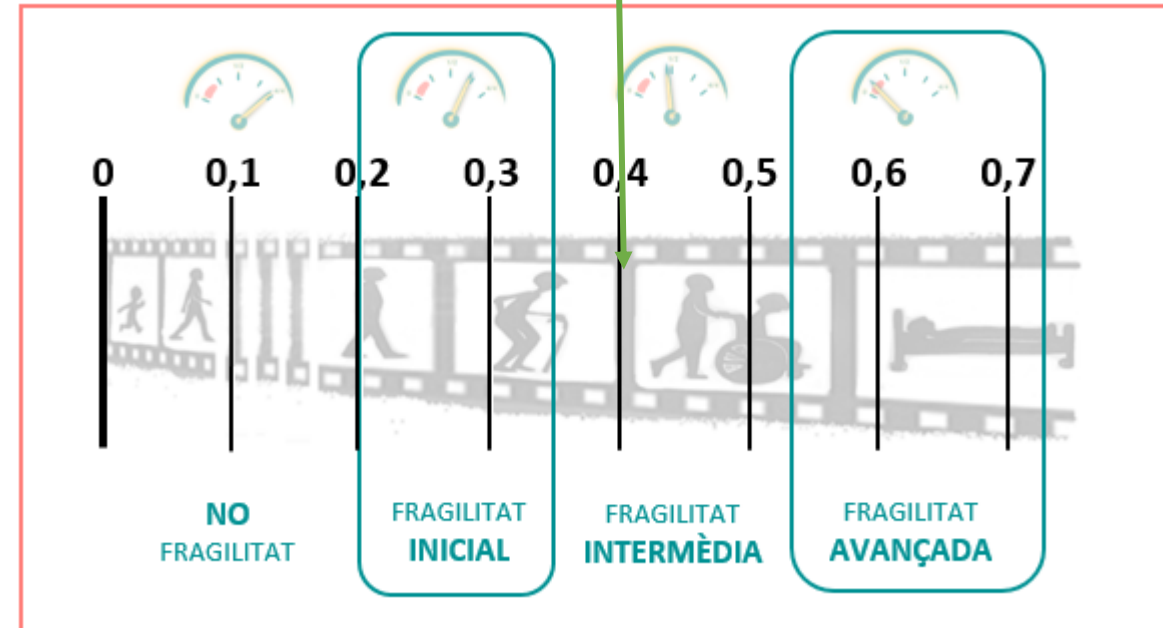
DOMINIO	VARIABLE	DESCRIPCIÓN			
FUNCIONAL	AIVDS	Ayuda para manejo del dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, tiendas, restaurantes)?	No	
		Ayuda para la utilización del teléfono	¿Necesita ayuda para utilizar autónomamente el teléfono?	No	
		Ayuda para la medicación	¿Necesita ayuda per preparar / administrarse la medicación?	No	
	ABVDS	Índice de Barthel (18)	¿No dependencia (IB ≥ 95)?	☐	
			¿Dependencia leve-moderada (IB 90-95)?	☐	
			¿Dependencia moderada-grave (IB 60-90)?	☐	
NUTRICIONAL	Malnutrición		¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	No	
			¿Ausencia de deterioro cognitivo?	☐	
COGNITIVO	Grado de deterioro cognitivo		¿Det. cognitivo leve-moderado (equivalente GD 5 ≤ 5)?	☐	
			¿Det. cognitivo grave-muy grave (equivalente GD 5 ≥ 6)?	☐	
EMOCIONAL	Síndrome depresivo	¿Necesita medicación antidepressiva?	No	☐	
	Insomnio/ ansiedad	¿Necesita tratamiento habitual con benzodiazepinas y/o otros psicofármacos de perfil sedante para el...	No	☐	
SOCIAL	Vulnerabilidad social	¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	No	☐	
			¿En los últimos 6 meses ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que ha requerido de neurofármacos?	No	
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Caidas	¿En los últimos 6 meses ha presentado caídas o alguna caída que haya requerido de hospitalización?	No	☐	
	Úlceras	¿Presenta alguna úlcera (relacionada con la dependencia y/o vascular, de cualquier grado) y/o herida crónica?	No	☐	
	Polifarmacia	¿Habitualmente, toma ≥ 5 fármacos (no incluye fármacos condicionales)?	No	☐	
	Disfagia	¿Se atraganta habitualmente cuando come o bebe y/o en los últimos 6 meses ha presentado infección respiratoria por...	No	☐	
	Dolor ++	¿Requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	No	☐	
SÍNTOMAS	Disnea ++	¿La disnea basal le impide salir de casa y/o requiere de opiáceos habitualmente?	No	☐	
			SI	☐	
ENFERMEDADES	Cáncer	¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No	☐	
			SI	☐	
	Respiratorias	¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva...)?	No	☐	
			SI	☐	
	Cardíacas	¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (Insuficiencia cardíaca, cardiopatía química, arritmia)?	No	☐	
			SI	☐	
	Neurológicas	¿Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (enf. de Parkinson, ELA, ...)? o antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	No	☐	
			SI	☐	
	Digestivo	¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrosis, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal...)?	No	☐	
			SI	☐	
	Renales	¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	No	☐	
			SI	☐	

Nombre de déficits 0

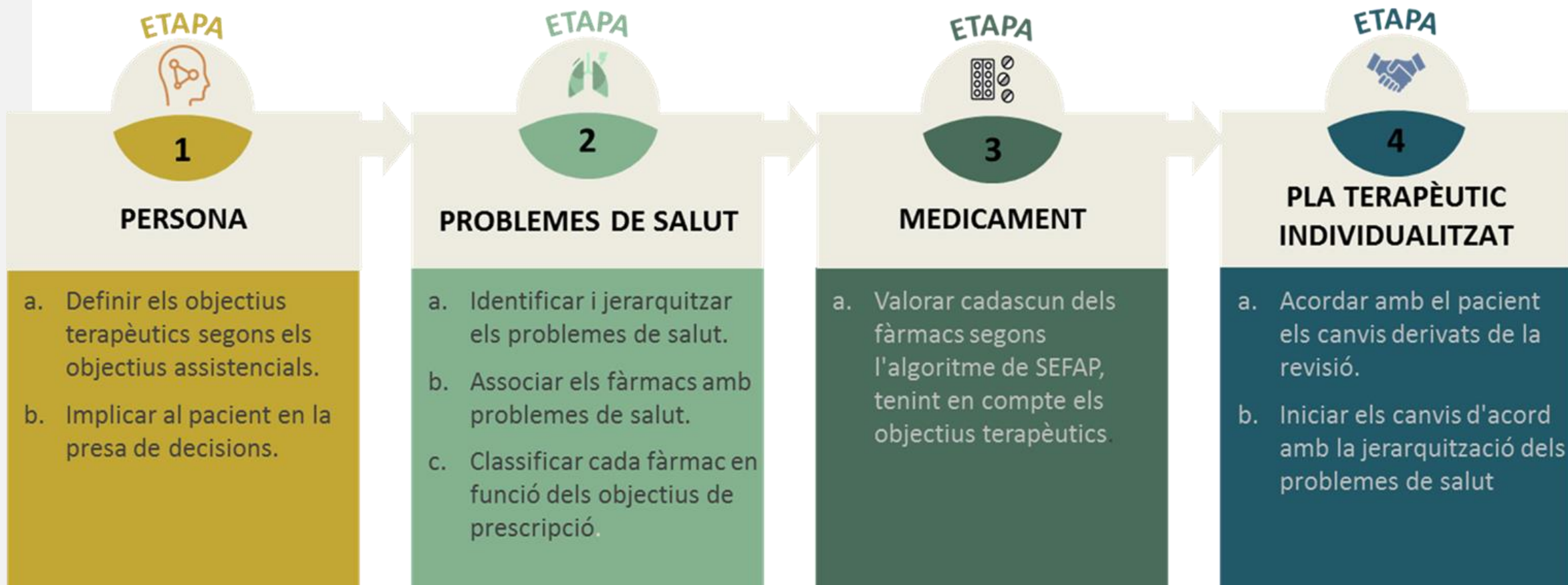
Índice Fràgil-VIG 0



Nº déficits: 10
Índex "Fràgil-VIG": 0.4



<https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>



Quins objectius assistencials us plantegeu?
Quins canvis faríeu a la medicació?

La reversibilitat de la fragilitat del pacient?

- Índex de fragilitat ViG: 0,4 → fase moderada.
- És l'índex de fragilitat ViG la millor eina disponible, o seria preferible realitzar una prova d'execució?
- Quines mesures podríem proposar per abordar la fragilitat?
- Alimentació i malnutrició
- Exercici físic
- Estimulació cognitiva



- EFC 4-5: Hb1A1c: 7 - 7.5%
- EFC 6: Hb1Ac 7.6-8.5%
- EFC 7-8: Hb1Ac 7.6 - 8.5%
- EFC 7 - 8: No sol·licitar Hb1Ac
→ evitar hiperglucèmia
simptomàtica

MATERIAL ADICIONAL



- Seguridad clínica
- Admitido con vigilancia especial

© redGDPS - <https://doi.org/10.52102/algtnoFrag> - Publicado: Septiembre 2023 - Actualizado: Septiembre 2023

Redueixen la producció hepàtica de glucosa i augmenten la sensibilitat a la insulina endògena

Fàrmac	Pauta	Dosi màxima	Administració	IR greu (FGe<30mL/min)	IR moderada (FGe 30-60mL/min)	Comentaris
METFORMINA (850mg)	DI: 850mg/d (1 comp. c/24h o 0,5 comp. dos cops al dia). Augmentar dosi cada 2 setmanes.	2.550mg/dia.	Durant o després dels àpats per minimitzar els efectes gastrointestinals.	Contraindicació total per risc d'acidosi làctica*.	Es recomana precaució i valorar retirada del tractament.	Monitorar funció renal, especialment en pacients d'edat avançada. Gran experiència d'ús.

DI: dosi inicial; FGe: filtrat glomerular estimat IR: insuficiència renal

* Segons fitxa tècnica, està contraindicada amb FGe<60mL/min/1,73, però estudis observacionals suggereixen que es pot prescriure amb precaució entre 30-60mL/min.

Fàrmac*	Pauta	Dosi màxima**	Administració	IR greu (FGe<30mL/min)	IR moderada (FGe 30-60mL/min)	Comentaris
IDPP4 AMB MAJOR EXPERIÈNCIA D'ÚS I PERFIL DE SEGURETAT						
<u>SITAGLIPTINA</u> (25mg, 50mg, 100mg)	100mg/dia.	100mg/d.	Pot administrar-se amb o sense aliments.	Ajustar dosis a 25mg/dia. Hemodiàlisi: 25mg/dia.	En IR moderada (FGe 30-50mL/min): 50mg/dia. Per IR lleu (FGe>50mL/min): no cal ajustar la dosi.	Explicar al pacient signes de pancreatitis. Precaució en ≥ 75 anys.
	Monoteràpia; Doble teràpia amb: MET, SU, PIO; Triple teràpia: MET+SU; MET+PIO; i amb insulina.					

2013. Pautes per l'harmonització del tractament farmacològic de la DM2

Taula 4. Objectius de control en persones amb diabetis *mellitus* i malaltia renal crònica

	Pacients diabètics amb FGe >45 mL/min/1,73 m ²	Pacients diabètics amb FGe ≤45 mL/min/1,73 m ²
Objectius generals	HbA _{1c} <7%	HbA _{1c} <7,5%
Pacients fràgils	HbA _{1c} <8%	HbA _{1c} <8,5%
Pacients no fràgils	HbA _{1c} <6,5%	HbA _{1c} <7%

FGe: filtrat glomerular estimat; HbA_{1c}: hemoglobina glicada.

Consens català sobre atenció a la malaltia renal crònica. 2023.

OBJECTIUS CONTROL TA



<65 anys

PAS <130-120



≥65 anys

PAS <140-130*



≥80 anys

PAS <150

GRUPS ESPECÍFICS DE POBLACIÓ



Diabetes mellitus

Malaltia arterial
coronària

Malaltia renal crònica

PAS <130*

PAS <140-130

PAD <80 ó <90 en ≥ 80 anys

* O menys si es tolera

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. i 2022 NICE's guideline on multimorbidity

Enalapril

Posologia en la insuficiència renal

En general, deben prolongarse los intervalos entre las dosis de enalapril y/o reducirse la posología

Aclaramiento de creatinina (CrCl) ml/min	Dosis mg/día
$30 < \text{CrCl} < 80 \text{ ml/min}$	5 – 10 mg
$10 < \text{CrCl} \leq 30 \text{ ml/min}$	2,5 mg
$\text{CrCl} \leq 10 \text{ ml/min}$	2,5 mg en los días de diálisis*

** ver sección 4.4, pacientes en hemodiálisis.*

El enalaprilato es dializable. Los días que no se haga diálisis se debe ajustar la dosificación a la respuesta de la presión arterial del paciente.

Hidroclorotiazida

Cuando el aclaramiento de creatinina es $< 30 \text{ ml/min}$, los diuréticos tiazídicos son inefectivos

Fitxa tècnica. AEMPS

ARTÍCULO

Chronic Pain and Frailty in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review

Pedro Otones Reyes RN, PhD (Candidate), Eva García Perea RN, PhD y Azucena Pedraz Marcos RN, PhD

Pain Management Nursing, 2019-08-01, Volumen 20, Número 4, Páginas 309-315, Copyright © 2019 American Society for Pain Management Nursing

Abstract Objective Our aim was to examine the relationship between chronic pain and frailty in community-dwelling older adults. Design A systematic review method following the Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Data sources MEDLINE, Cochr...



International Journal of
Environmental Research
and Public Health

Article

Association between Chronic Pain and Physical Frailty in Community-Dwelling Older Adults

Yuki Nakai ^{1,2} , Hyuma Makizako ^{1,*}, Ryoji Kiyama ¹, Kazutoshi Tomioka ², Yoshiaki Taniguchi ², Takuro Kubozono ³, Toshihiro Takenaka ⁴ and Mitsuru Ohishi ³

¹ Department of Physical Therapy, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University, Kagoshima 890-8544, Japan; nakai@health.nop.kagoshima-u.ac.jp (Y.N.); kiyama@health.nop.kagoshima-u.ac.jp (R.K.)

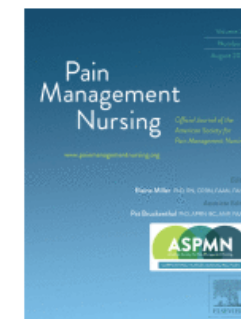
² Graduate School of Health Sciences, Kagoshima University, Kagoshima 890-8544, Japan; reha_tommy@yahoo.co.jp (K.T.); p.taniguchi0601@gmail.com (Y.T.)

³ Department of Cardiovascular Medicine and Hypertension, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Kagoshima University, Kagoshima 890-0075, Japan; kubozono@cepp.ne.jp (T.K.); ohishi@m2.kufm.kagoshima-u.ac.jp (M.O.)

⁴ Tarumizu Municipal Medical Center, Tarumizu Chuo Hospital, Kagoshima 891-2124, Japan; takenaka@tarumizumh.jp

* Correspondence: makizako@health.nop.kagoshima-u.ac.jp; Tel.: +81-99-275-5111

Received: 6 March 2019; Accepted: 10 April 2019; Published: 13 April 2019



Pain Management
Nursing

Volumen 20, Número 4



Patologies	Principis actius prescrits inicialment
HTA	Enalapril / HCTZ 20/12,5mg/d
DM2	MTF 850mg/8h Sitagliptina 50mg/d
Gonartrosi	PCT 1gr/8h Tramadol 6 gotes/ 12h
IRC estadi 4	
Incontinència urinària	Absorbents

Cas clínic 1. Valoració final



La Maria presenta una fragilitat intermèdia, fet que complica el seu maneig clínic. La seva MRC avançada requereix una atenció especial per evitar la progressió de la malaltia i minimitzar els símptomes.

Consideracions que cal tenir en compte:

Maneig de la HTA: ajustar dosi enalapril i stop HCTZ

Ajustar tractament antidiabètic: stop MTF i sitagliptina, control analític estret

Valorar iniciar suplement proteic i/o derivació a nutrició

Anèmia: considerar l'ús d'agents estimulants (EPO) o suplement de Fe

Involucrar a la família en les cures i derivar a treballadora social per recursos



Joan, 71 anys

Antecedents personals

HTA controlada
DM2 10a evolució
DLP en prevenció 1^a
Colitis ulcerosa controlada

Tractament

Losartan 50mg/d
Amlodipino 5mg/d
MTF 850mg/12h
Glicazida 30mg/8h
Simvastatina 20mg/d

Situació psico-social

Viu amb l'esposa en una casa en una urbanització
Té dos fills que viuen a la ciutat, els visiten al cap de setmana
La farmàcia li prepara el SPD
SAD privat 1h/setmana per neteja llar i compra gran



Joan, 71 anys

Motiu de consulta

Revisió patologies cròniques. Sol·licita analítica de control.

Exploració física

TA 135/80 mmHg

Fc: 76x'

Pes 82Kg (IMC 28 Kg/m²)

Analítica sanguínia

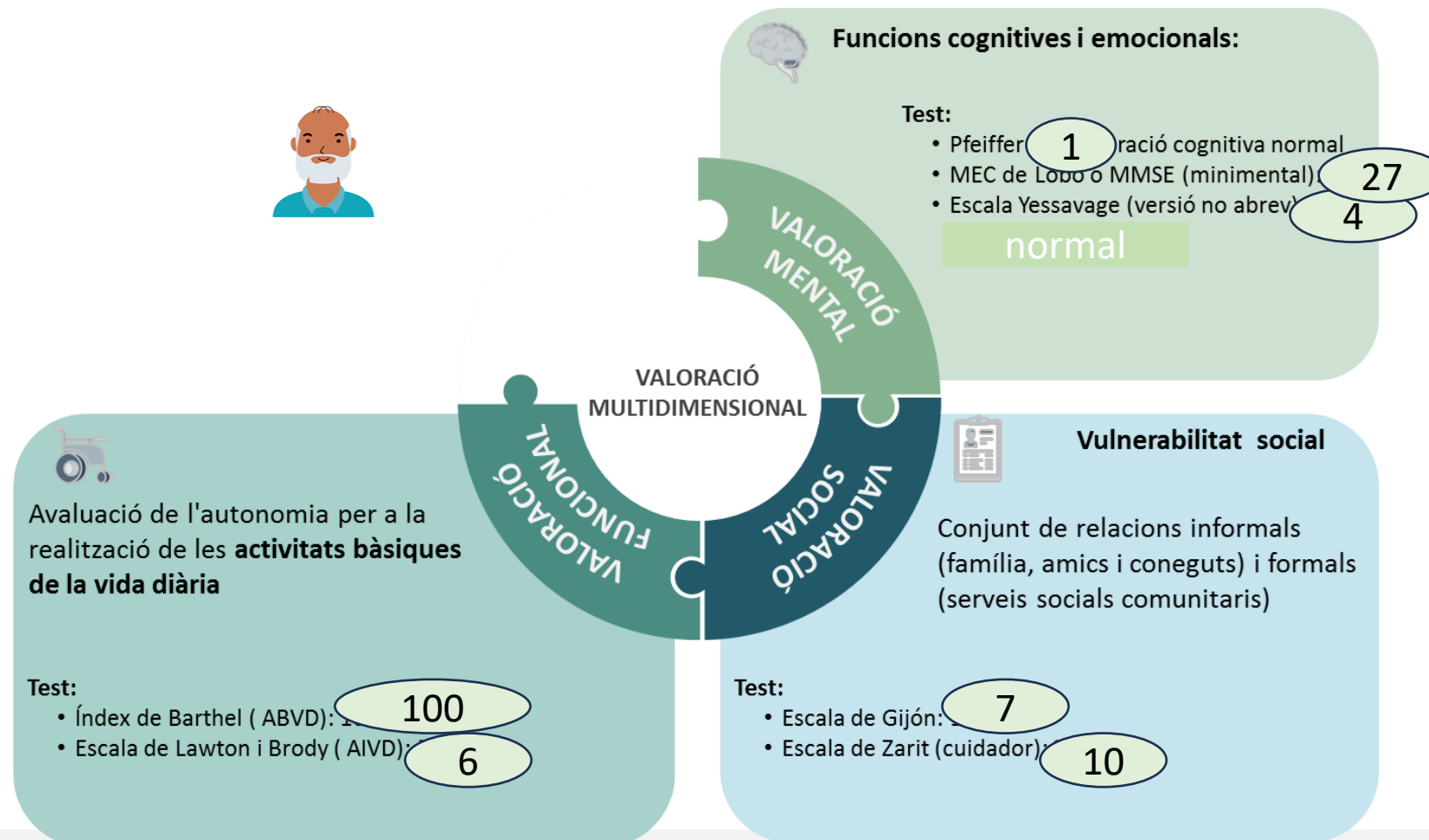
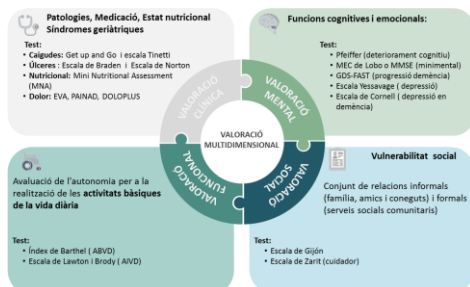
Creat: 1,4 mg/dL

FG: 50mL/min/1,73m²

Glu: 140 mg/dL / Hb1Ac 8%

cLDL 110 mg/dL

QAC orina 200



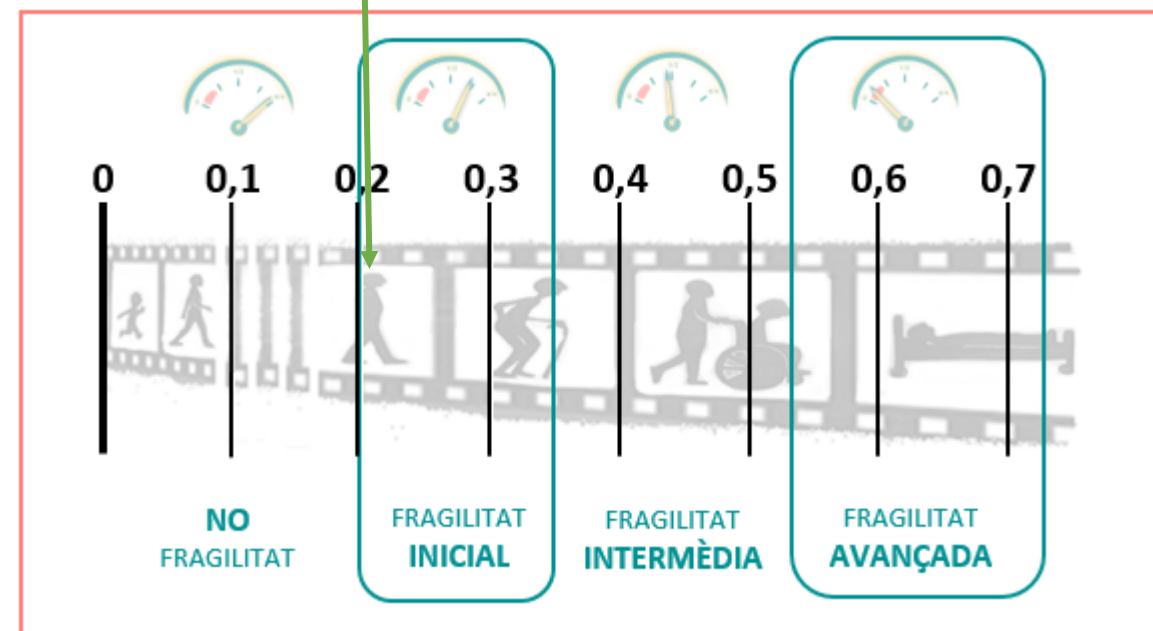
DOMINIO	VARIABLE	DESCRIPCIÓ			
FUNCIONAL	AIVDS	Ayuda para manejo del dinero	¿Necesita ayuda para gestionar los asuntos económicos (banco, tiendas, restaurantes)?	No	
		Ayuda para la utilización del teléfono	¿Necesita ayuda para utilizar autónomamente el teléfono?	No	
		Ayuda para la medicación	¿Necesita ayuda per preparar / administrarse la medicación?	No	
	ABVDs	Índice de Barthel (18)	¿No dependencia (IB ≥ 95)?	☒	
			¿Dependencia leve-moderada (IB 90-95)?	☐	
			¿Dependencia moderada-grave (IB 60-90)?	☐	
NUTRICIONAL	Malnutrición		¿Ha perdido ≥ 5% de peso en los últimos 6 meses?	No	
			¿Ausencia de deterioro cognitivo?	☒	
COGNITIVO	Grado de deterioro cognitivo		¿Det. cognitivo leve-moderado (equivalente GD 5 ≤ 5)?	☐	
			¿Det. cognitivo grave-muy grave (equivalente GD 5 ≥ 6)?	☐	
EMOCIONAL	Síndrome depresivo		¿Necesita medicación antidepressiva?	No	
	Insomnio/ ansiedad		¿Necesita tratamiento habitual con benzodiazepinas y/o otros psicofármacos de perfil sedante para el sueño?	No	
SOCIAL	Vulnerabilidad social		¿Existe percepción por parte de los profesionales de situación de vulnerabilidad social?	No	
				SI	
SÍNDROMES GERIÁTRICOS	Síndrome confusional		¿En los últimos 6 meses ha presentado delirium y/o trastorno de comportamiento, que haya requerido de neurofármacos?	No	
	Caídas		¿En los últimos 6 meses ha presentado ≥ 2 caídas o alguna caída que haya requerido de hospitalización?	No	
	Úlceras		¿Presenta alguna úlcera (relacionada con la dependencia y/o vascular, de cualquier grado) y/o herida crónica?	No	
	Polifarmacia		¿Habitualmente, toma ≥ 5 fármacos? (no incluye fármacos condicionales)	No	
	Disfagia		¿Se atraganta habitualmente cuando come o bebe? y/o en los últimos 6 meses ha presentado infección respiratoria por	No	
SÍNTOMAS	Dolor ++		¿Requiere de ≥ 2 analgésicos convencionales y/o opiáceos mayores para el control del dolor?	No	
	Disnea ++		¿La disnea basal le impide salir de casa y/o requiere de opiáceos habitualmente?	No	
ENFERMEDADES	Cáncer		¿Tiene algún tipo de enfermedad oncológica activa?	No	
				SI++	
	Respiratorias		¿Tiene algún tipo de enfermedad respiratoria crónica (EPOC, neumopatía restrictiva...)?	No	
				SI	
				SI++	
	Cardíacas		¿Tiene algún tipo de enfermedad cardíaca crónica (Insuficiencia cardíaca, cardiopatía química, arritmia)?	No	
				SI	
				SI++	
	Neurológicas		¿Tiene algún tipo de enfermedad neurodegenerativa (enf. de Parkinson, ELA, ...)? o antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico)?	No	
				SI	
				SI++	
	Digestivo		¿Tiene algún tipo de enfermedad digestiva crónica (hepatopatía crónica, cirrosis, pancreatitis crónica, enfermedad inflamatoria intestinal...)?	No	
				SI	
				SI++	
	Renales		¿Tiene insuficiencia renal crónica (FG < 60)?	No	
				SI	
				SI++	

Nombre de déficits 0

Índice Fràgil-VIG 0



Nº déficits: 4
 Índex "Fràgil-VIG": 0.2



Quins objectius assistencials us plantegeu?
Quins canvis faríeu a la medicació?

La fragilitat que presenta la pacient és reversible?

- Índex de fragilitat ViG 0,2 → fase inicial.
- És la millor eina l'índex fràgil VIG o preferíem una prova d'execució?
- Quines actuacions proposaríem per revertir la fragilitat?
 - Alimentació/malnutrició
 - Exercici físic
 - Estimulació cognitiva

BATERIA CORTA DE EJECUCION FISICA (SPPB)

1. PRUEBA DE EQUILIBRIO



3. PRUEBA DE INCORPORARSE DE UNA SILLA

pretest: 1 repetición

Incorporarse de forma repetida 5 veces. Se cuenta cuando se sienta



Incapaz de completar 5 o lo completa en >60 seg.	☐ 0 puntos
16.70 seg. o más:	☒ 1 punto
13.70 a 16.69 seg.:	☐ 2 puntos
11.20 a 13.69 seg.:	☐ 3 puntos
11.19 seg. o menos	☐ 4 puntos

PUNTAJE TOTAL **7** puntos (sume todos los anteriores)

Si el participante fue incapaz de caminar: 0 puntos (suma todos los anteriores)

Para 4 metros		Para 3 metros	
> 8,70 seg.	☐ 1 punto	> 6,52 seg.	☐ 1 punto
6,21 a 8,70 seg.	☒ 2 puntos	4,66 a 6,52 seg.	☐ 2 puntos
4,82 a 6,20 seg.	☐ 3 puntos	3,62 a 4,65 seg.	☐ 3 puntos
< 4,82 seg.	☐ 4 puntos	< a 3,62 seg.	☐ 4 puntos

PUNTAJE= 7
LIMITACION FUNCIONAL Y
DISCAPACIDAD INTERMEDIA

PUNTAJE= 7
RIESGO DE DESARROLLAR
DISCAPACIDAD

Patologies	Principis actius prescrits inicialment
HTA	Losartan 50 mg/dia, Amlodipino 5mg/dia
DM2	MTF 850mg/12h Gliclazida 30 mg/8h
DL	Simvastatina 20mg/dia
IRC estadi 3	

Cas clínic 2. Valoració final

En Joan presenta una DM2 amb control subòptim i signes de nefropatia diabètica incipient. Es troba en un estadi de fragilitat inicial que cal tenir en consideració. **Accions:**

Valorar iniciar un iSGLT2

Informar efectes secundaris i com actuarà

Seguiment glicèmic i de la funció renal

Modificar els estils de vida

Vincular amb recursos socials

Gràcies!

