



Xerrada inaugural.

Fragilitat i capacitat intrínseca: una aliança entre la Geriatria i l'Atenció Primària



DR. JOSÉ MANUEL CANCIO TRUJILLO.

Director Mèdic de l'Atenció Intermitent del CSdM.
Professor Associat Universitari, de l'Escola Superior de Salut de Tecnocampus.
Universitat Pompeu Fabra

20/11/2025



Conflicte d'interessos

Ponent : Amgen, Lilly, UCB Medical, Theramex healthcare, Gedeon Richter, Lundbeck, Italfarmaco, Angelini Pharma i Grünenthal.

Investigador Clínic: Amgen, UCB Medical i Stada.

Aquesta ponència representa únicament el meu punt de vista com a ponent i no el dels organitzadors o els promotors d'aquest esdeveniment ni els de l'organització sanitària en què desenvolupa la meva activitat.

Agenda



1. Introducció.
Entorn saludable.

2,- Definició de fragilitat

3,- Epidemiologia

4,- Cribatge

5,- AP

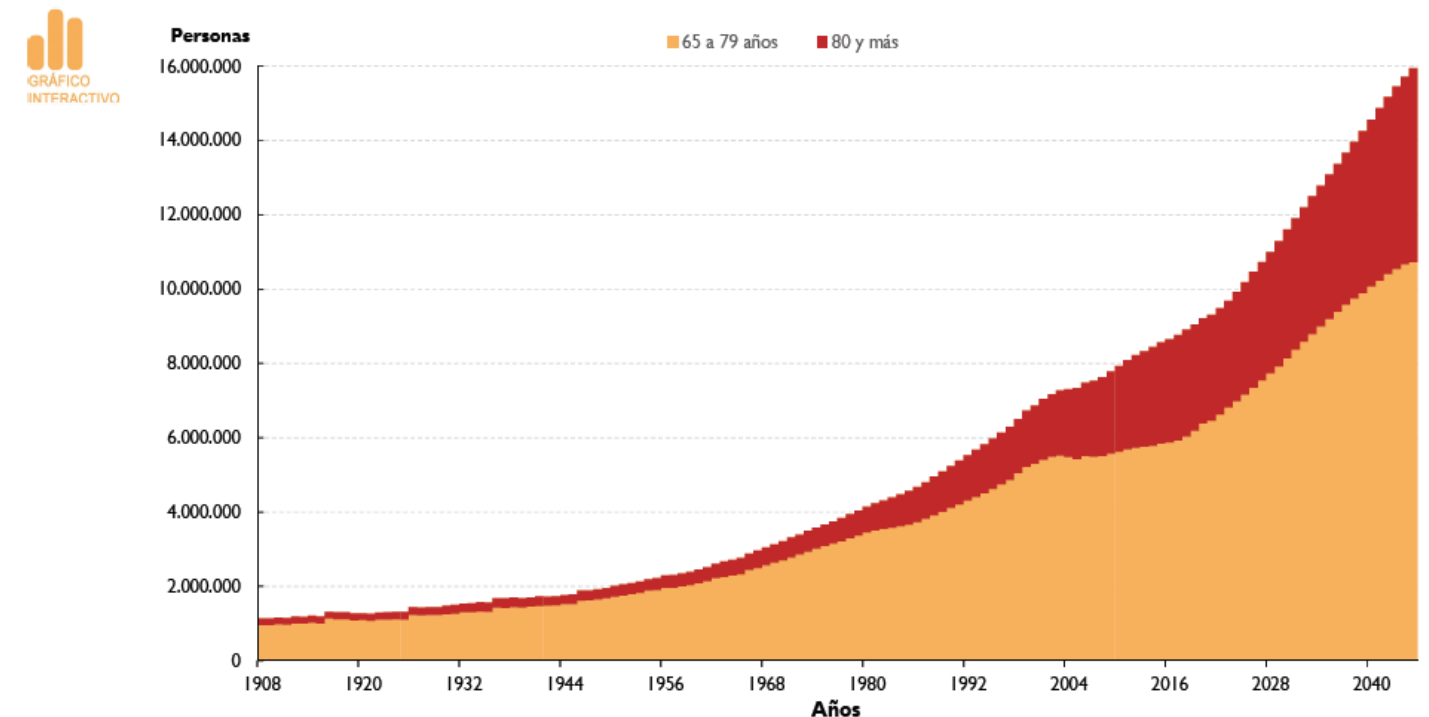
6,- Geriatria

1. Introducció

Revolució demogràfica: el 2045 els jubilats representaran el 30% de la població.
L'esperança de vida quan s'arriba a la jubilació és de més de 20 anys



Figura I.1. Población de 65 y más años, España 1908-2045



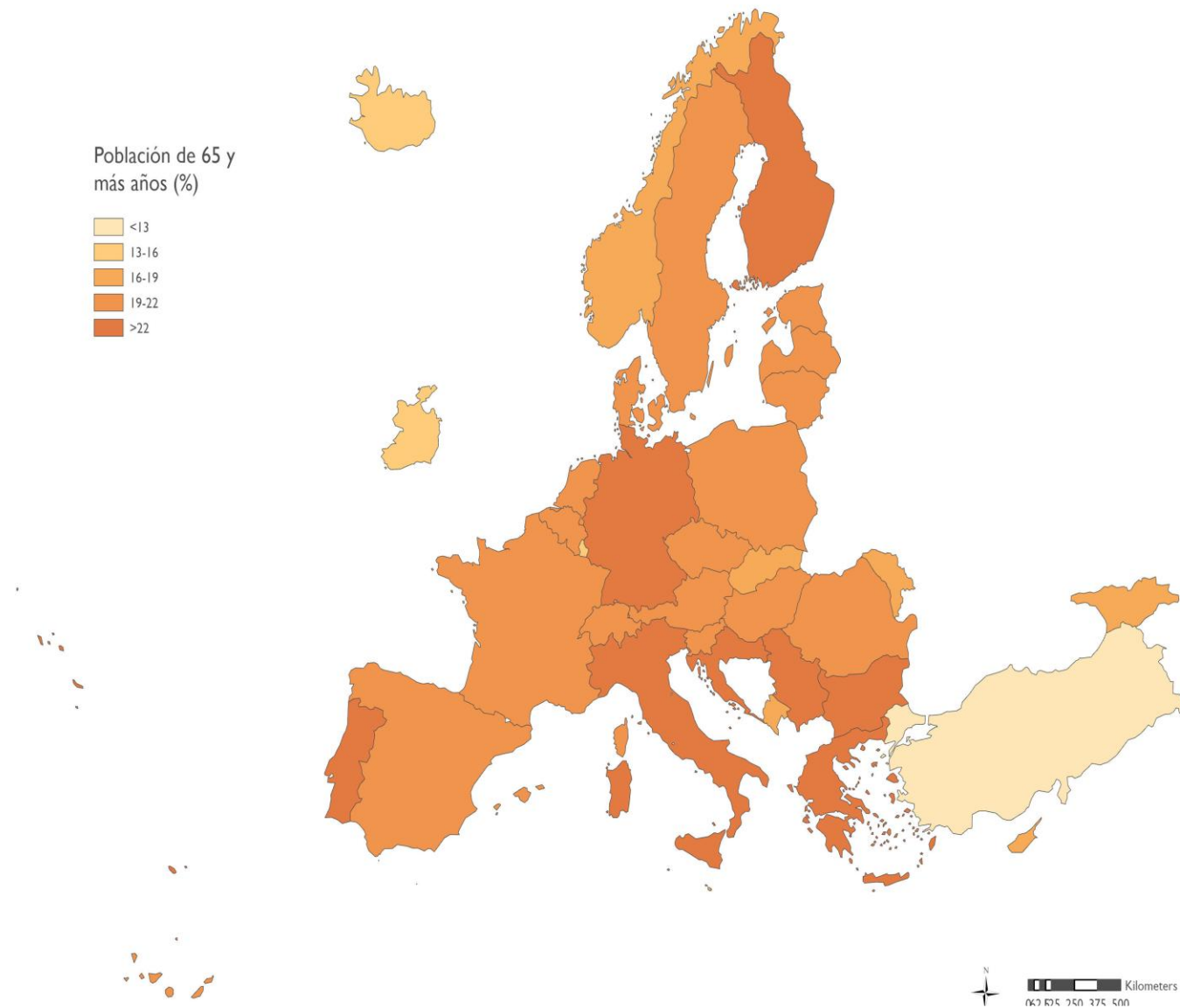
L'INE preveu que l'any 2045 gairebé **un de cada tres habitants de l'Estat** serà una persona gran (uns 15,9 milions).

Aquest fort creixement s'accentuarà a partir del 2030, amb l'envelliment de la generació del "baby boom".

Publicat 20/10/2025: <https://www.3cat.cat/3catinfo/revolucio-demografica-el-2045-els-jubilats-representaran-el-30-de-la-poblacio/noticia/3376841/>

PÉREZ DÍAZ, Julio; CASTILLO BELMONTE, Ana Belén; ACEITUNO NIETO, Pilar; RAMIRO FARIÑAS, Diego (2025). "Un perfil de las personas mayores en España, 2025 Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 34, 46p. [Fecha de publicación: 24/10/2025]. <<https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2025/10/enred-indicadoresbasicos2025.pdf>>

Comparativa de la proporció de persones de 65 anys o més als països d'Europa (2024).



Itàlia encapçala la llista de països europeus amb la proporció més alta de persones grans, superant **el 24%** de la població.

La segueixen Bulgària (23,75%), Finlàndia (23,37%), Grècia (23,33%), Croàcia (23,02%), Sèrbia (22,45%) i Alemanya (22,42%).

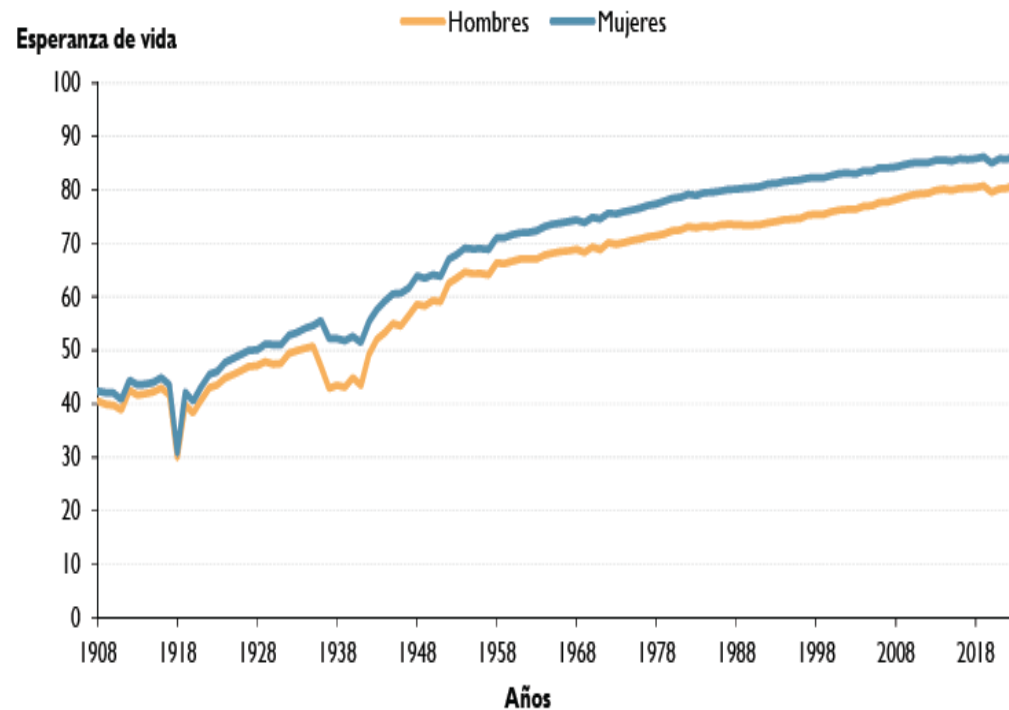
Altres països amb percentatges superiors al 21% inclouen Eslovènia, França i Letònia.

Espanya se situa en un grup intermig juntament amb Hongria, Dinamarca, Suècia, Txèquia, Països Baixos, Polònia i Estònia, amb xifres similars.

En l'extrem oposat, Luxemburg (15,03%) i Irlanda (15,46%) registren els percentatges més baixos.

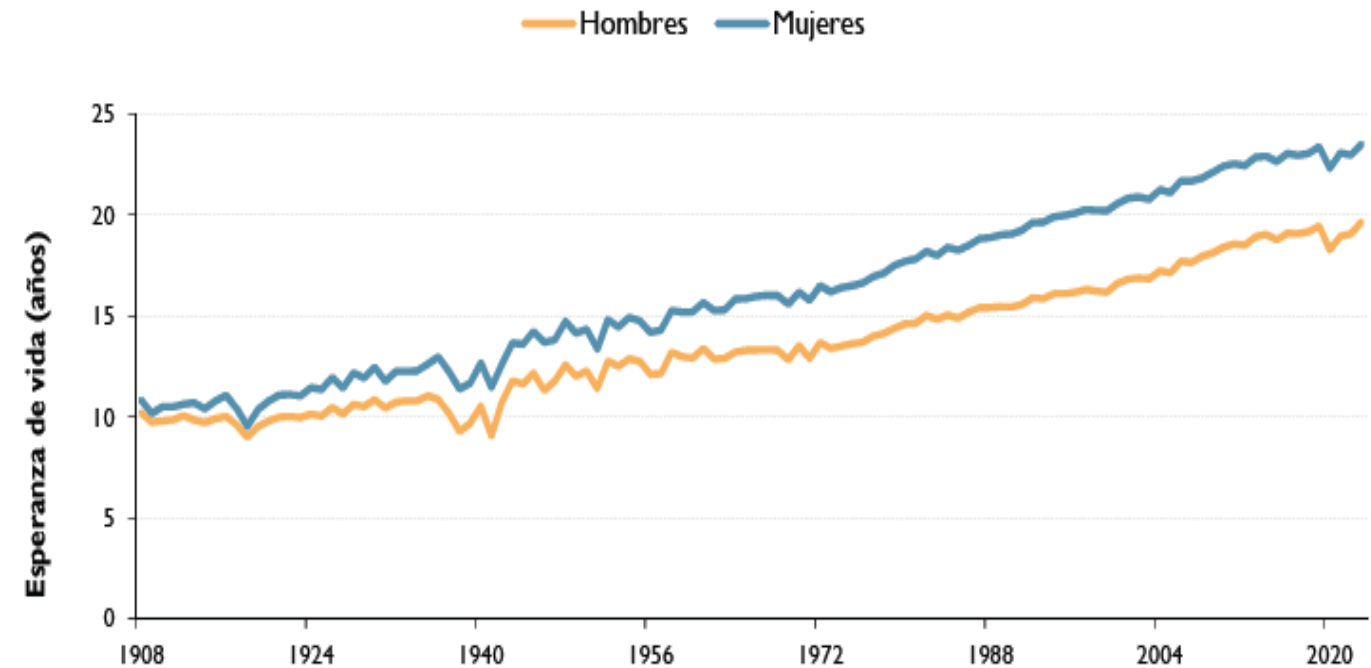
PÉREZ DÍAZ, Julio; CASTILLO BELMONTE, Ana Belén; ACEITUNO NIETO, Pilar; RAMIRO FARIÑAS, Diego (2025). "Un perfil de las personas mayores en España, 2025 Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 34, 46p. [Fecha de publicación: 24/10/2025]. <<https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2025/10/enred-indicadoresbasicos2025.pdf>>

Esperança de vida al néixer a Espanya (1908–2023)



L'any **2023**, l'esperança de vida en néixer de les dones és de **86,34 anys**, situant-les més de cinc anys per davant dels homes, la dels quals se situa en **81,11 anys**.

L'Esperança de vida als 65 anys a Espanya (1908–2023)



Actualment (2023), una persona de 65 anys pot esperar viure:

Dones: prop de 23,5 anys més (fins als 88–89 anys).

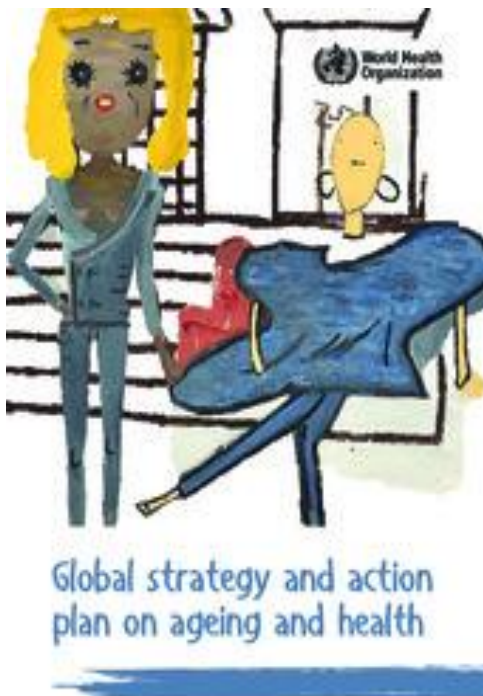
Homes: uns 19,5 anys més (fins als 84–85 anys).

En conjunt, la diferència de gènere es manté en uns 4 anys, però amb una millora sostinguda i constant per a ambdós sexes, reflectint **l'èxit de les polítiques de salut pública i l'envel·liment saludable de la població espanyola**.



L'any 2015, l'OMS publica el **World Report on Ageing and Health** i fa èmfasi en la necessitat d'insistir **en l'envelliment actiu i saludable**.

Aquest és definit com el procés de **promoure i mantenir la capacitat funcional** que permet el benestar en fer-se gran.



També assenyala que la **capacitat intrínseca** de cada persona, que depèn dels seus òrgans i sistemes, i la **capacitat funcional**, relacionada amb l'entorn, són dos elements que cal tenir en compte per separat.

Ambdues van disminuint amb el temps, però **és possible alentir o endarrerir la pèrdua de la segona mitjançant mesures adaptatives**.

Fragilitat



El deteriorament progressiu relacionat amb l'edat dels sistemes fisiològics, que provoca **una disminució de les reserves de la capacitat intrínseca**, fet que confereix una **major vulnerabilitat als factors d'estrès i augmenta el risc de diversos resultats adversos en salut**.

Aquesta definició se **centra en la funcionalitat i no en el diagnòstic de malaltia**.

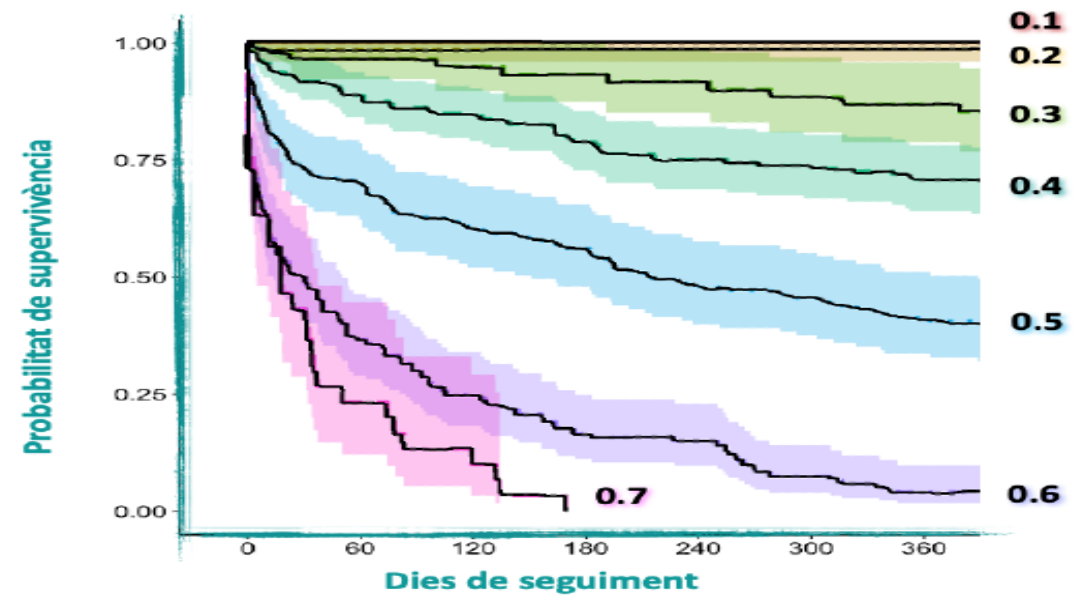
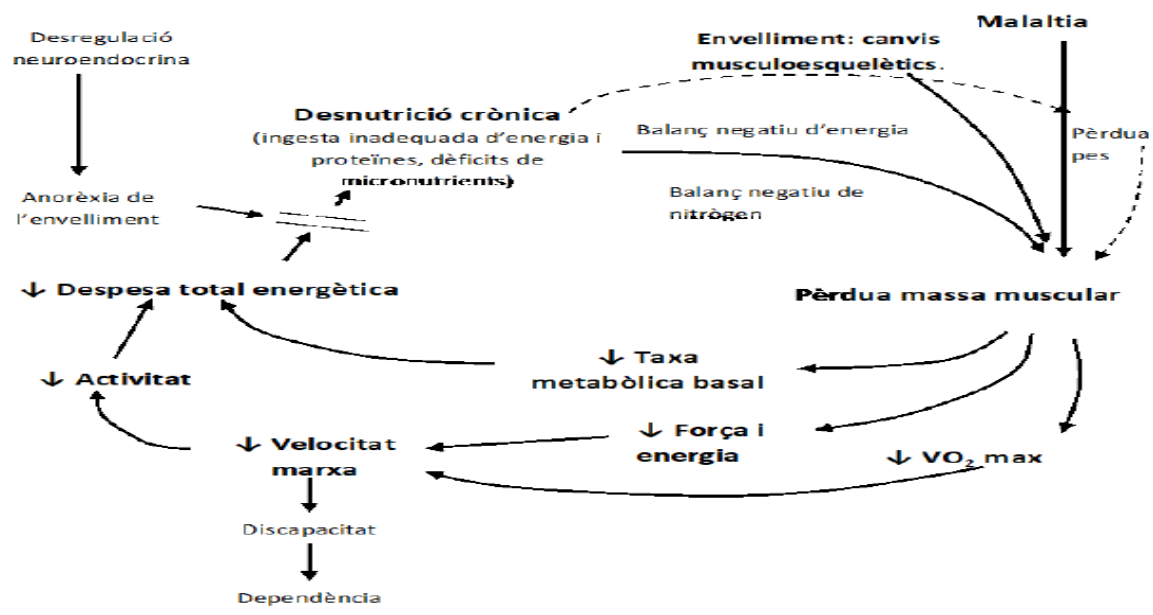
Millor predictor d'esdeveniments adversos com ara **caigudes, hospitalitzacions, discapacitat i mort, independentment d'altres paràmetres com la multimorbiditat**.

També té un impacte en el maneig de les malalties cròniques i permet identificar **grups d'alt risc de necessitar suport social o d'evolucionar cap a la dependència**.

Frailty Prevention Approach (FPA) [Internet]. ADVANTAGE JA; 20 19. [Citat 2025 octubre 25]. Disponible: <https://www.advantageja.eu/images/FPA-Core-ADVANTAGE-doc.pdf>. Abizanda P. J Nutr Health Aging 2014;18(6):622-7.



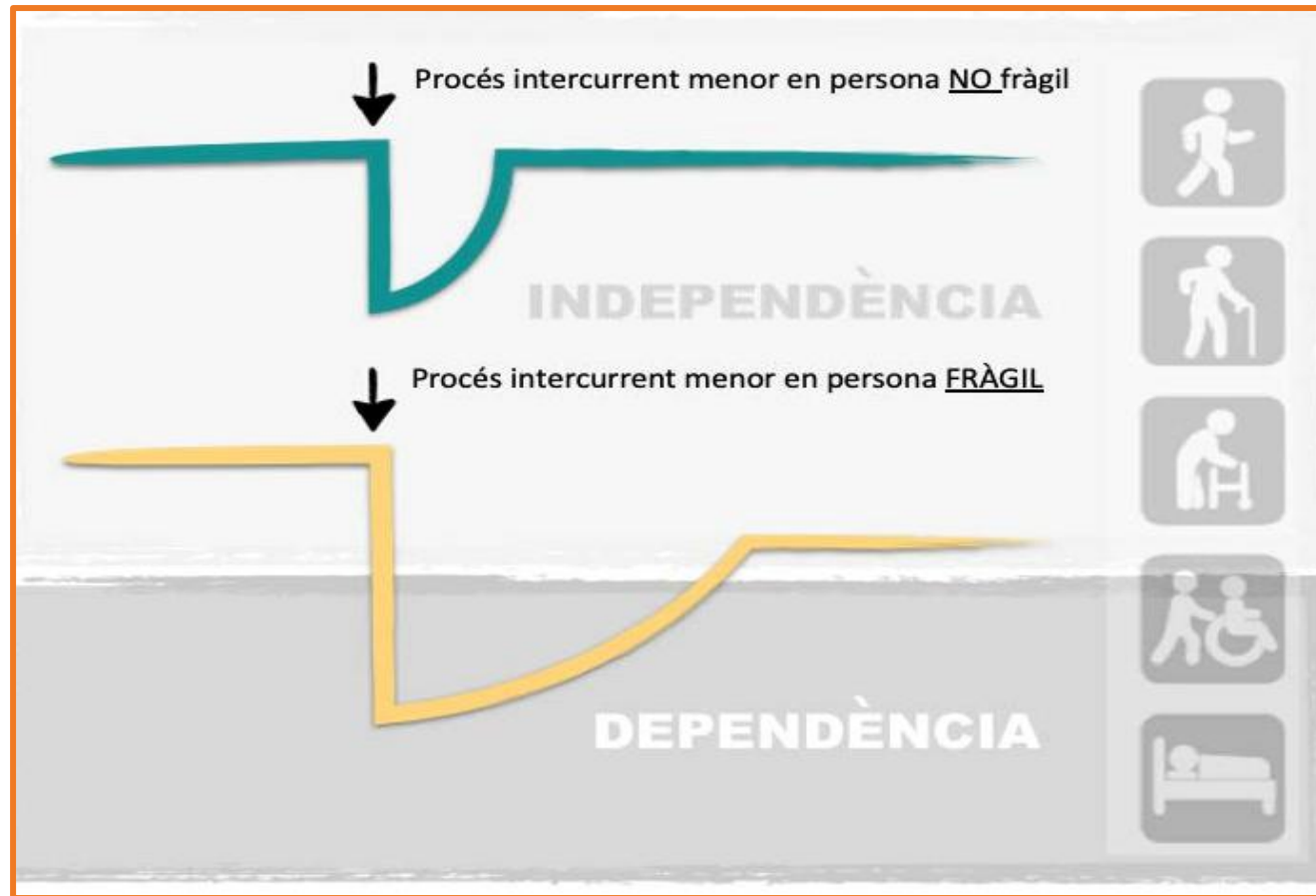
Models conceptuals de fragilitat: visió sindròmica de la fragilitat vs. acumulació de dèficits



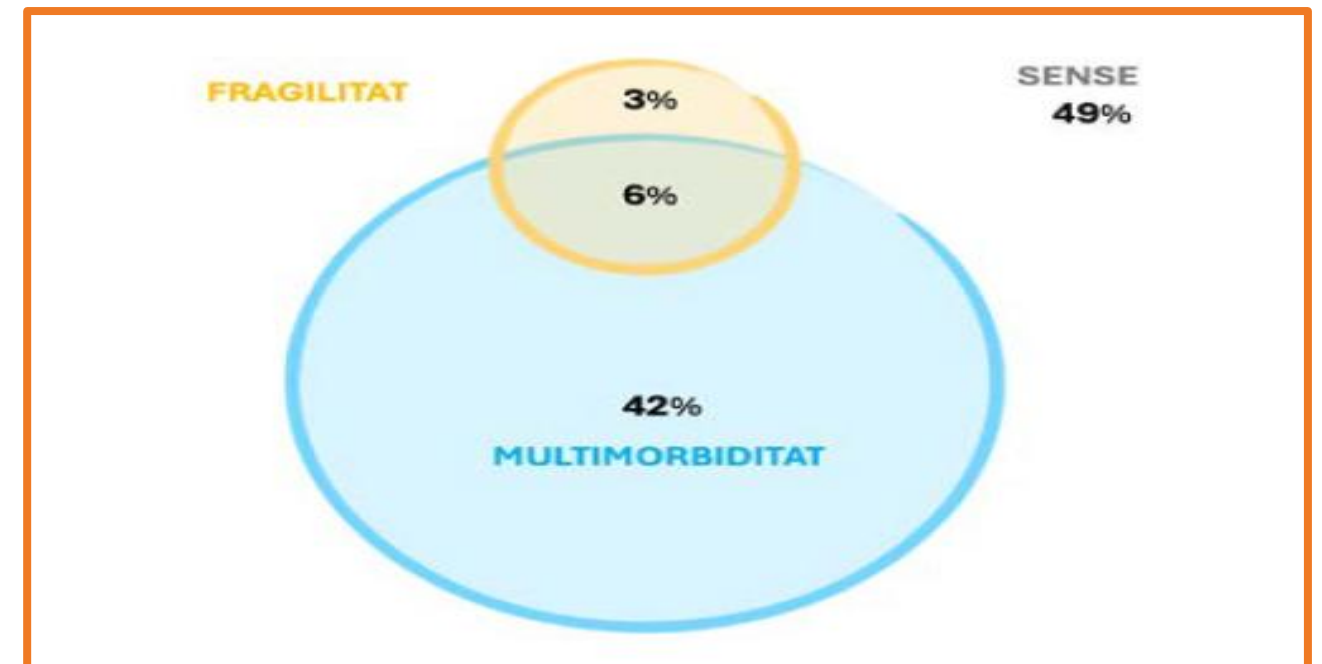
VISIÓ SINDRÒMICA (fenotip de fragilitat/Criteris de Fried)	ACUMULACIÓ DE DÈFICITS (Índex de fragilitat)
Signes, símptomes	Malalties, activitats de la vida diària, resultats de la valoració clínica
Detecció factible abans de la valoració clínica	Valorable només després d'una valoració clínica
Variable categòrica	Variable continua
Criteris predefinitos	Criteris no especificats
Fragilitat com a síndrome de pre-discapacitat	Fragilitat com a acumulació de dèficits
Pensat per a persones grans no discapacitades	Pensat per qualsevol individu independentment de la seva situació funcional i/o edat



Dues persones amb la mateixa edat i patologies poden tenir evolucions de salut molt diferents davant d'un mateix esdeveniment estressant (una infecció, una caiguda, una intervenció quirúrgica, etc.) segons el seu **nivell de fragilitat i la seva capacitat de resiliència**.



Hi ha **una certa associació entre fragilitat i multimorbiditat**: si bé la majoria de les persones fràgils també presenten multimorbiditat, **proporcionalment són poques les persones amb multimorbiditat que, a més a més, són fràgils**



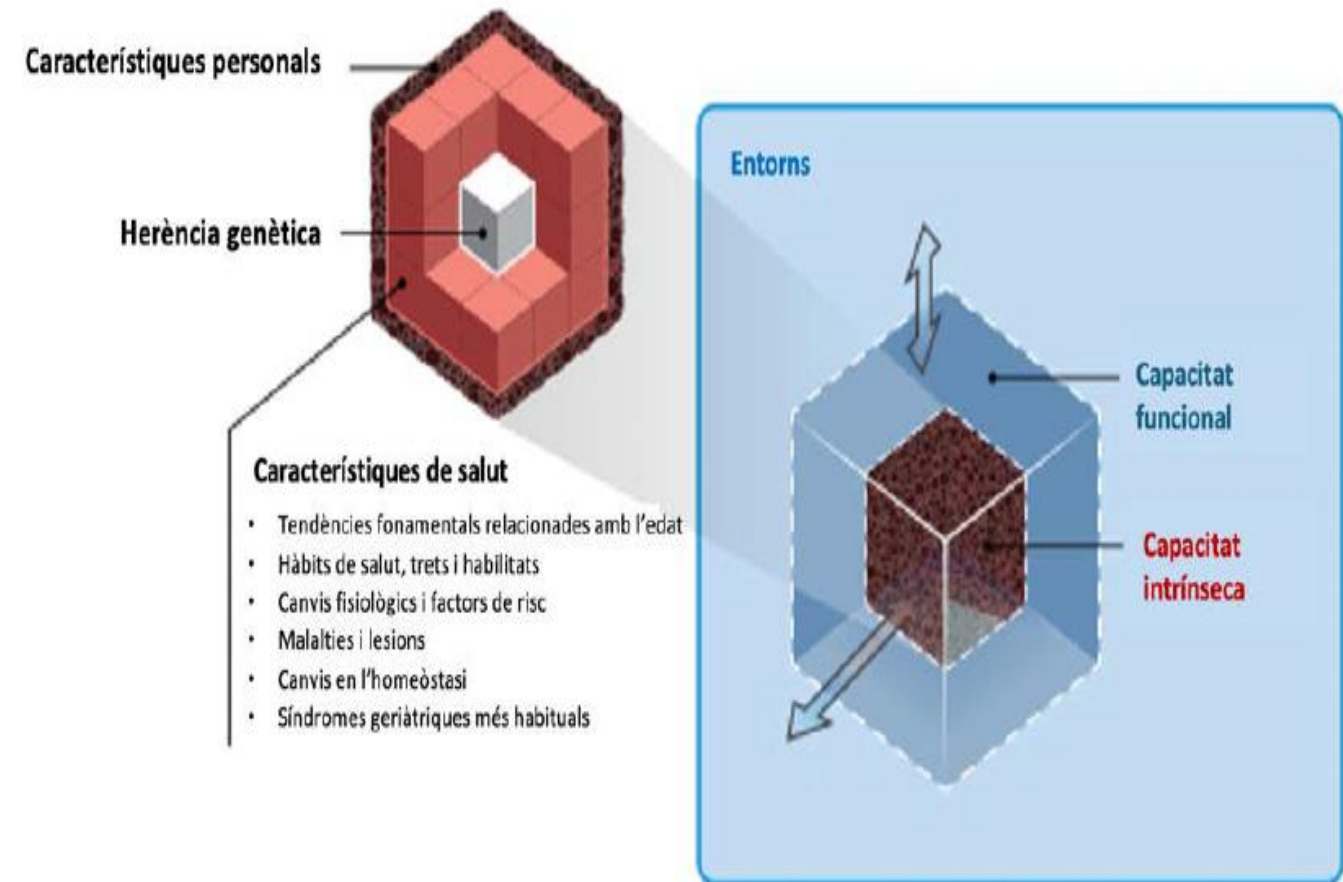
Vulnerabilitat en les persones fràgils davant d'un procés intercurrent menor.

Capacitat funcional i capacitat intrínseca



Capacitat intrínseca: la combinació de totes les capacitats físiques i mentals que un individu pot utilitzar en un determinat moment

Capacitat funcional: atributs relacionats amb la salut que permeten a la persona ser i fer allò que és important per a ella.



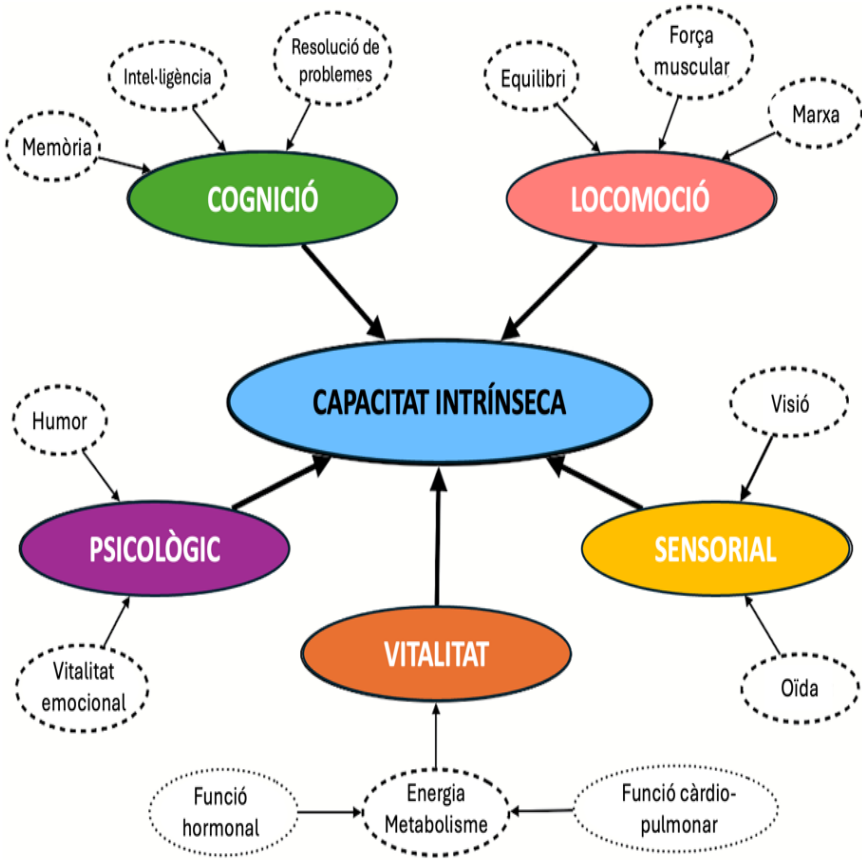
La capacitat funcional depèn de la capacitat intrínseca de l'individu, l'entorn de l'individu i les interaccions entre ells.

Capacitat intrínseca (CI)

La CI és el conjunt de reserves físiques i mentals que permeten mantenir la funcionalitat.

Inclou cinc dominis: **locomoció**, **cognició**, **estat psicològic**, **vitalitat** i **capacitat sensorial**. Cada domini interactua amb els altres de forma dinàmica.

A diferència de la fragilitat (orientada al dèficit), **la CI és positiva i preventiva**, centrada en mantenir reserves i prevenir pèrdues.



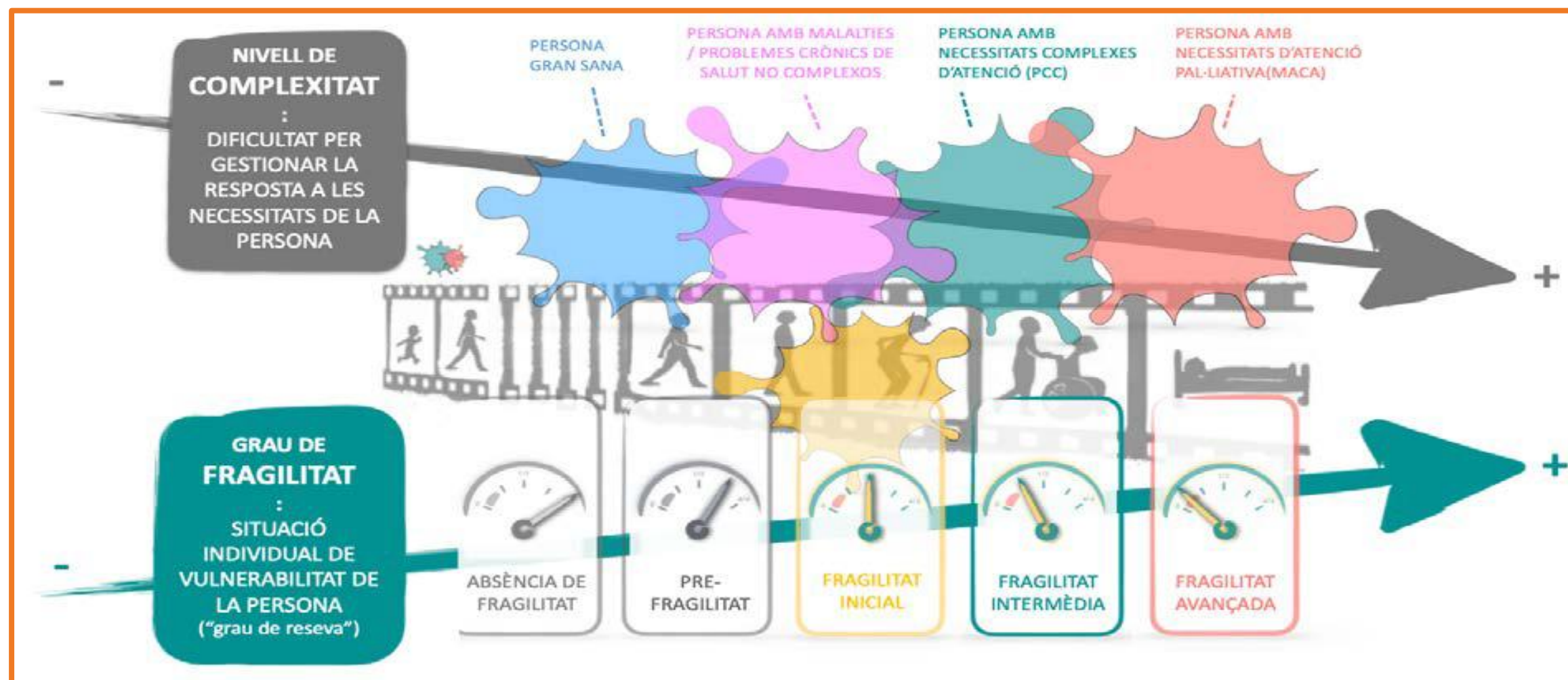
Aspecte	Fragilitat	Capacitat Intrínseca
Orientació	Dèficit / vulnerabilitat	Reserves / potencial
Valor	Negatiu	Positiu
Enfocament	Tractament clínic	Prevenció i promoció
Àmbit	Hospitalari	Comunitari
Perspectiva	Puntual (cross-sectional)	Longitudinal

Generalitat de Catalunya. Bases per a la identificació i atenció a les persones grans fràgils a Catalunya. Departament de Salut, 2025
Guaraldi G. AIDS Res Hum Retroviruses. 2019 Nov/Dec;35(11-12):1013-1022. .

Cronicitat complexa (PCC) / avançada (MACA) i fragilitat



Si bé conceptes com **fragilitat**, **multimorbiditat**, **complexitat**, **PCC** o **MACA** són sovint conceptes entrellaçats, **no són conceptes sinònims**, tampoc són realitats ex- cloents.



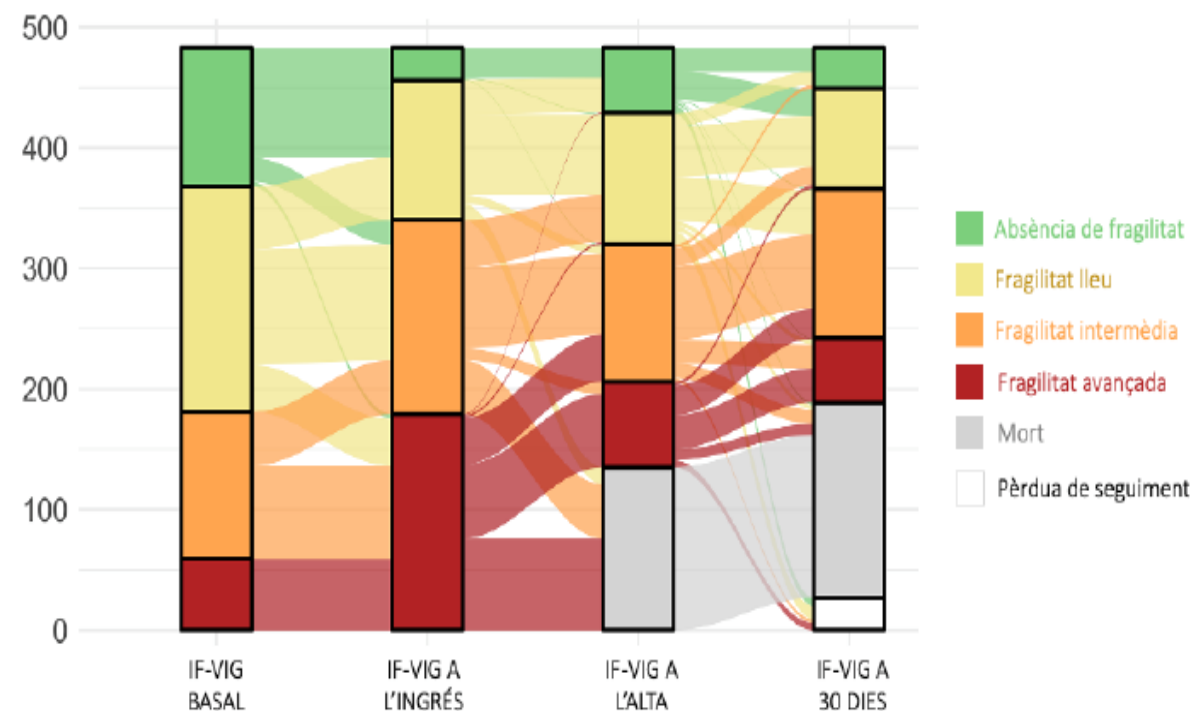
Generalitat de Catalunya. Bases per a la identificació i atenció a les persones grans fràgils a Catalunya. Departament de Salut, 2025.



La fragilitat com a realitat dinàmica

La fragilitat no és una realitat estàtica, donat que els individus sovint presenten canvis en el seu estat de fragilitat

Transicions entre estats de fragilitat



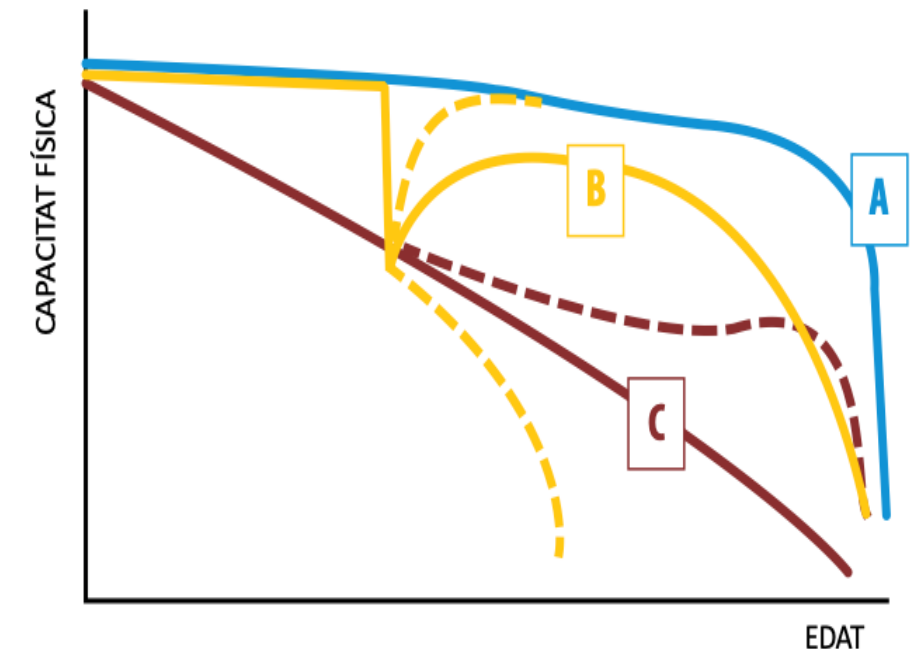
Fet rellevant que **justifica plenament les intervencions assistencials destinades a revertir** la situació de fragilitat o, si més no, aquelles orientades a intentar alentir-les.

Trajectòries de fragilitat

A. Trajectòria òptima: bona reserva de salut fins al final de la vida, on la persona viu poc temps en situació de fragilitat.

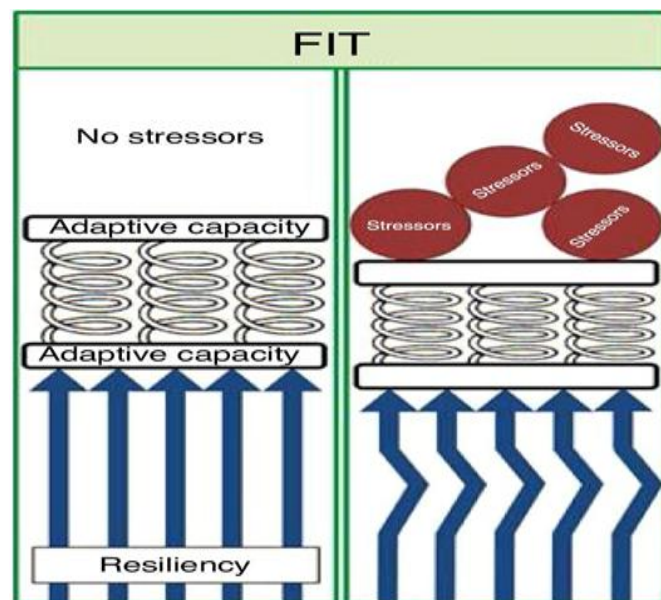
B. Trajectòria interrompuda: un esdeveniment provoca un increment de la fragilitat, seguida de certa recuperació.

C. Trajectòria amb deteriorament: es va acumulant fragilitat de forma constant fins a la mort

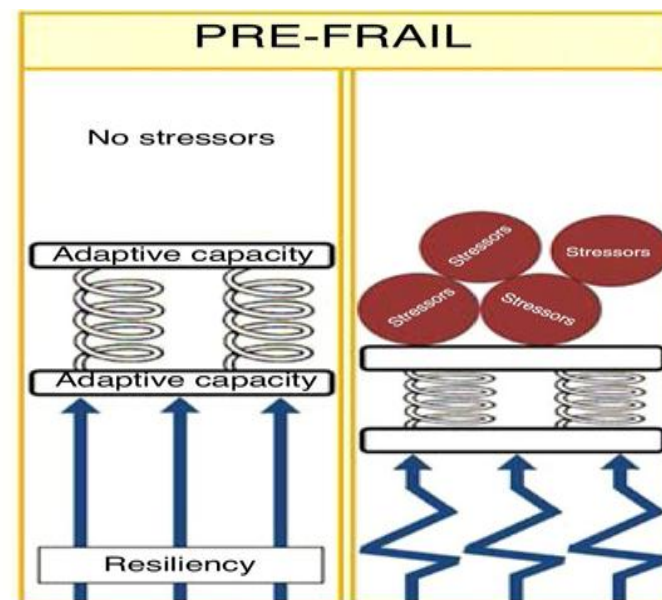


Generalitat de Catalunya. Bases per a la identificació i atenció a les persones grans fràgils a Catalunya. Departament de Salut, 2025.
World Health Organization, WHO - World Health Organization. World report on ageing and health. 2016.
Accessible a: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

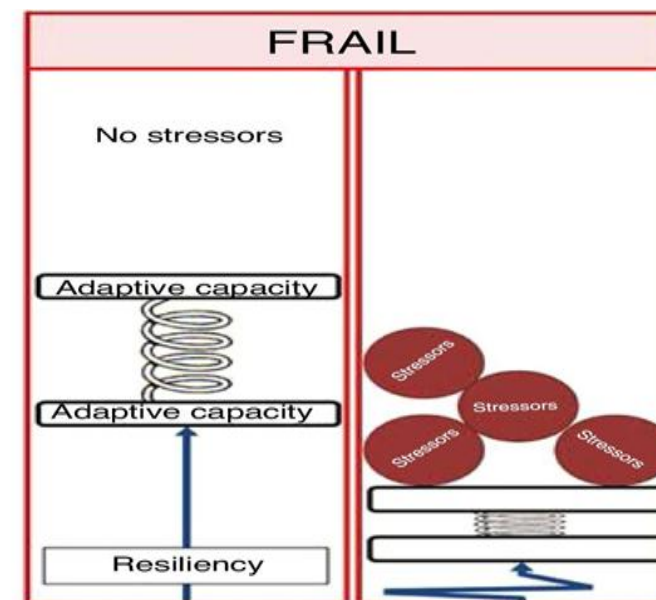
CONSORCI SANITARI DEL MARESME | www.csdm.cat



Rebust adaptive capacity
and resiliency to stressors



Weak adaptive capacity
and resiliency to stressors

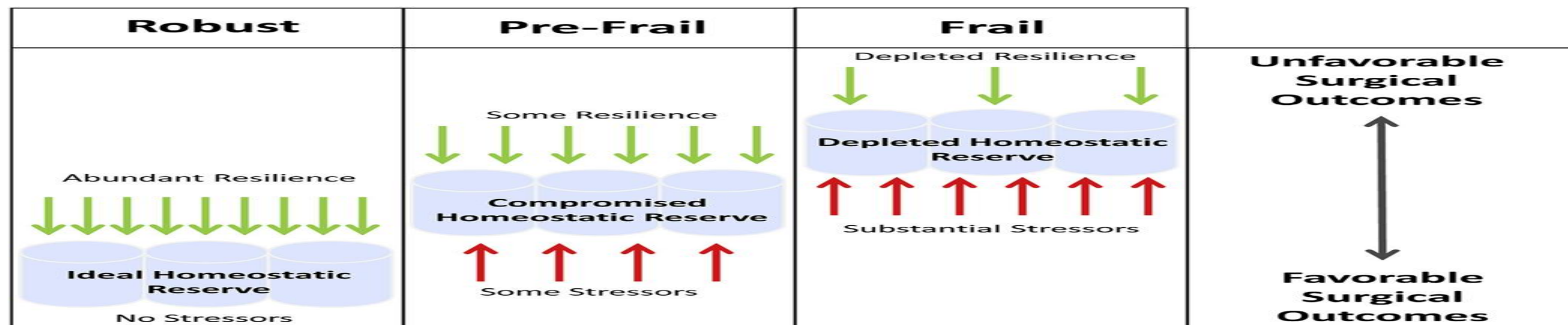


Poor adaptive capacity
and resiliency to stressors

Favorable
outcomes



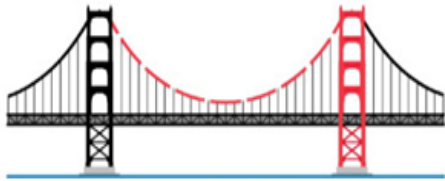
Poor
outcomes



C.G. Ethun. CA Cancer J Clin, 67 (2017), pp. 362-377
Robinson TN. J Am Coll Surg. 2015 Dec;221(6):1083-92.



Fragilitat i resiliència: dues dimensions complementàries

"Frailty" Constructs	Examples	Frailty and Resilience from the Perspective of a Complex Structure (Golden Gate Bridge)	Potential Strengths
A. Phenotypic Frailty (defined state)	Fried CHS Study Sarcopenic Obesity		Capture existence of a clinically defined and measurable phenotypic state Define risk factors and mechanisms with some specificity for given phenotype Measure treatment effect when a degree of treatment specificity is involved
B. Stochastic Frailty (accumulation of deficits)	Rockwood FI Index (e.g. FIClin, FIlab)		Perform prognostication Define cross-cutting risk factors Measure treatment effects when more pleiotropic interventions are studied Measure treatment effects when testing geroscience-guided therapeutics
C. Resilience (Measure of homeostasis in face of stressor)	Orthostasis Vaccine Responses Recovery from infection, surgery, anesthesia, dehydration, bedrest, chemotherapy, trauma or BM transplant		Identify "hidden" vulnerability Identify resilient mechanisms Obtain more individualized risk Design more precise interventions Design earlier interventions Design interventions targeting resilient mechanisms

La resiliència no és l'oposat de la fragilitat, sinó **la capacitat de mantenir o recuperar l'equilibri després d'un estressor**.

Totes dues comparteixen base fisiològica: la homeòstasi **davant l'estrès intern o extern**.

Cal abordar el cos humà com un sistema complex, amb elements crítics (**com els pilars del pont Golden Gate**) i d'altres redundants (**com els cables verticals**).

Fragilitat fenotípica = danys en estructures crítiques (p. ex., gran cable o torre).

Fragilitat estocàstica = acumulació de petits danys en elements redundants.

Resiliència = capacitat per resistir vent, trànsit, aigua (estresors).

Kuchel GA. J Am Geriatr Soc. 2018 Aug;66(8):1451-1454.



Prevalence of frailty in 62 countries across the world

La prevalença de la fragilitat i pre-fragilitat a nivell poblacional en **62 països mitjançant 240 estudis que inclouen més de 1,7 milions de persones de 50 anys o més.**

Prevalença global:

Fragilitat (segons criteris físics): **12%**

Pre-fragilitat: **46–49%**, segons la mesura utilitzada

Per regions:

Europa mostra la prevalença més baixa de fragilitat segons el model físic: **només 8%**

Àfrica i Oceania tenen les xifres més elevades.

Espanya forma part de les dades europees, amb una de les **taxes més baixes en comparació global.**

Per edat i sexe:

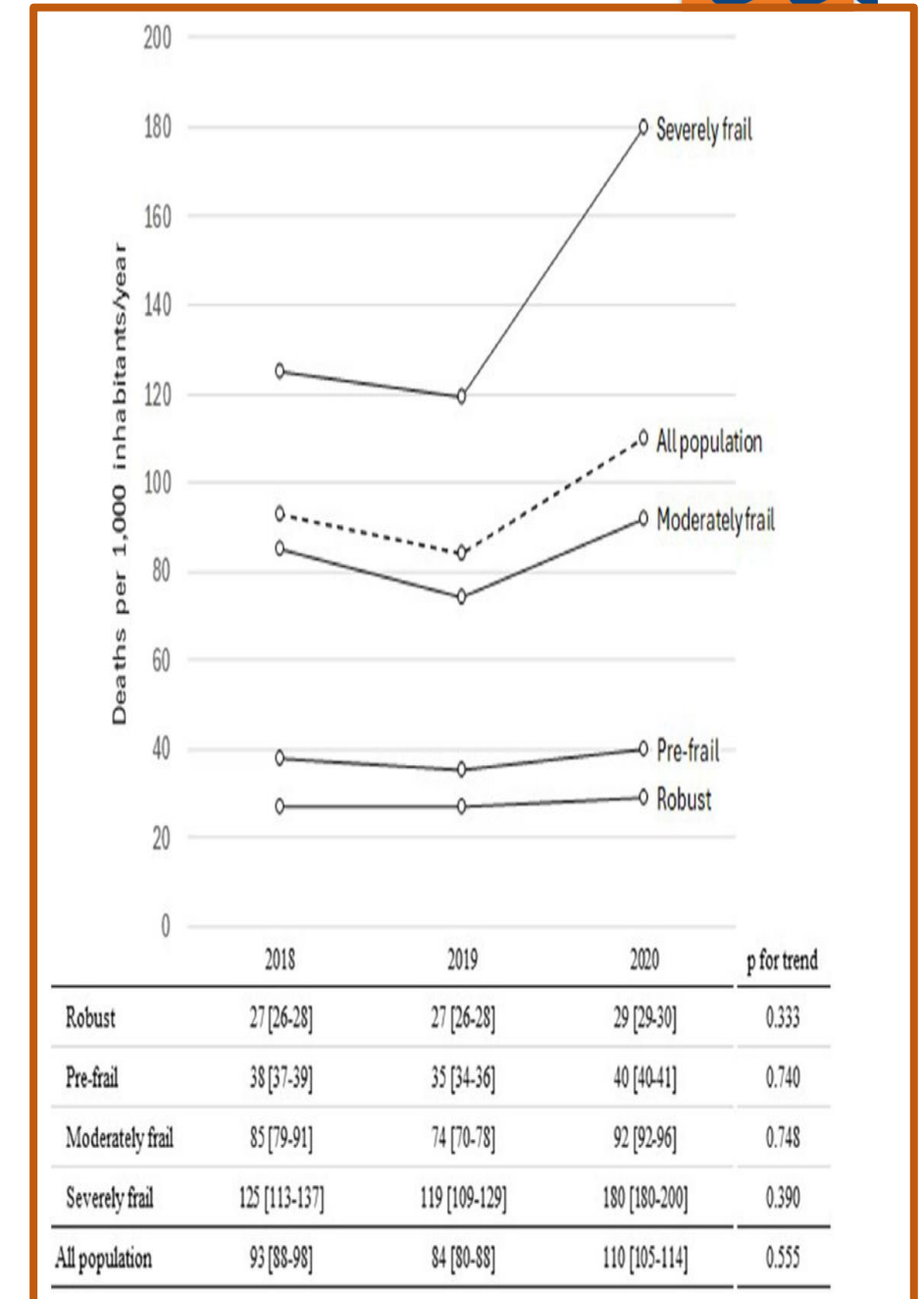
La fragilitat augmenta **significativament amb l'edat** (del **12%** entre 60-69 anys fins al **51%** ≥90 anys).

Les dones presenten una prevalença més alta que els homes, tant per a fragilitat com per a pre-fragilitat.

Tendències de la fragilitat a Catalunya 2017–2021



Aspecte analitzat	Resultat clau
Prevalença de fragilitat (≥65 anys)	Increment del 36,2% (del 10,5% al 14,3%), especialment en dones i persones de ≥85 anys
Incidència de fragilitat	Estable, al voltant de 35 casos nous/1.000 persones/any
Reversibilitat de l'estat de fragilitat	Disminueix amb l'edat: del 16% (65–69 anys) al 5% (≥90 anys)
Mortalitat associada (any 2020)	La mortalitat va augmentar un 51% en pacients fràgils severs durant la pandèmia
Projecció futura	Sense intervenció, la prevalença es duplicaria cada 14 anys , amb fort impacte assistencial



Serra-Prat M. Public Health. 2024 Dec;237:14-21.

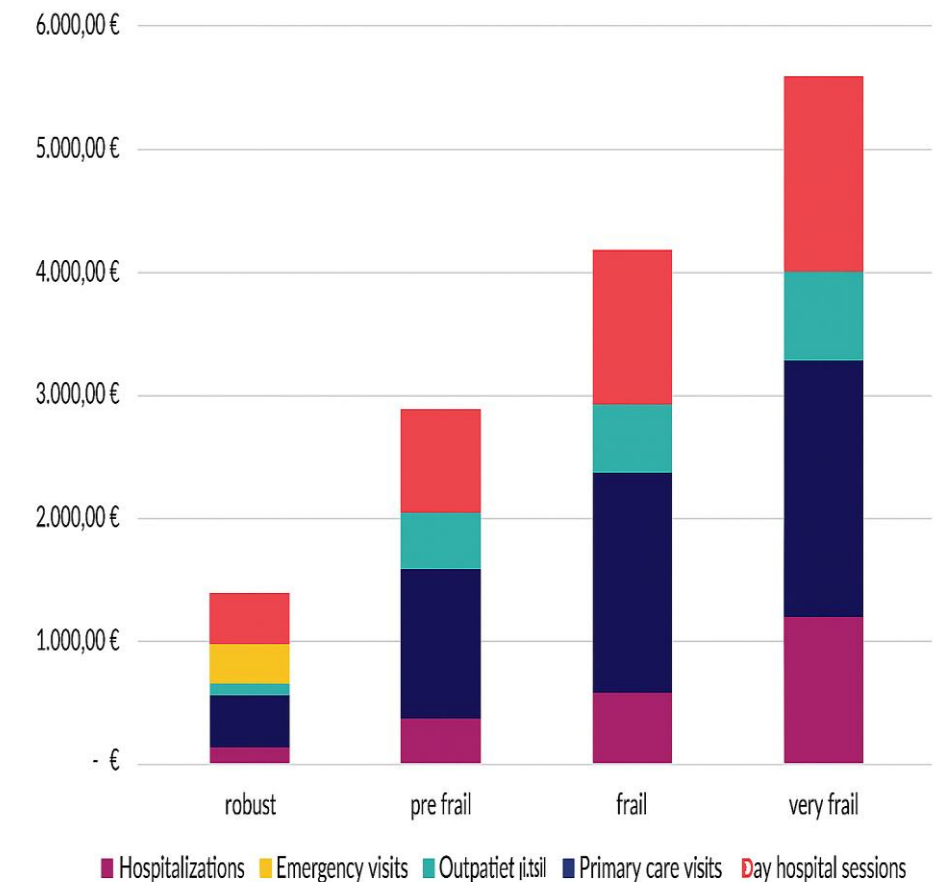
Fragilitat i ús de recursos sanitaris a Catalunya (2018–2019)



Estat de fragilitat (e-SIF)	% població	Cost mitjà anual per persona (€)
Robust (0–4 punts)	52,8%	1.420 €
Pre-fràgil (5–8)	34,9%	2.845 €
Fràgil (9–11)	9,8%	4.200 €
Molt fràgil (≥12)	2,5%	5.610 €

El cost total augmenta un 125% en persones fràgils vs no fràgils.

L'hospitalització representa fins al 58% del cost total en els més fràgils.



Lavado À. Eur J Ageing. 2023 Jun 7;20(1):20.

A QUI fer cribratge de fragilitat?



Actualment, l'evidència no recolza el cribratge universal i proactiu de fragilitat per a tota la població, havent-hi cert consens en la necessitat de circumscriure aquest cribratge a un grup concret de població de persones grans (+/- la presència d'algunes característiques associades).

GUIA	A QUI CRIBAR?	EINES
Ministerio de Sanidad (2022)	≥ 70 anys (oportunistista o detecció activa en situacions de risc)	SPPB < 10, VM < 0,8 m/s, TUG ≥ 12 s, FRAIL ≥ 1
PAPPS – semFYC	≥ 80 anys o polimediació/comorbiditat/caigudes	SPPB, VM, TUG
CAAPS – CAMFiC	>80 anys o 65–80 anys amb queixes funcionals/subjectives	SPPB, GFST
Fit for Frailty (BGS/NHS)	Cribratge oportunista en síndromes geriàtriques	TUG, VM, PRISMA-7, eFI*

Ministerio de Sanidad. Documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Grupo de trabajo PAPPS-semFYC. Recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); [any d'edició si es vol afegir, si no, s'omet]. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). Curs Autoformatiu en Atenció Primària de Salut (CAAPS). Barcelona: CAMFiC; [any si es coneix]. British Geriatrics Society; National Health Service. Fit for Frailty: Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings. London: BGS/NHS; 2014.

ON i EN QUINES CIRCUMSTÀNCIES fer cribratge de fragilitat?



1,-Cribatge de fragilitat a l'atenció primària i comunitària:

Aquest és l'àmbit paradigmàtic per a la realització del cribratge de fragilitat, i **en què hi ha més evidència publicada**

2,-Cribatge de fragilitat en l'entorn comunitari no sanitari:

També en aquest entorn, pot ser d'utilitat promoure el cribratge de persones fràgils

3,-Cribatge de fragilitat a l'hospital: probablement l'àmbit hospitalari no és un bon lloc ni moment per fer cribratge de fragilitat amb l'objectiu preventiu, però la valoració d'aquesta condició sí que ha resultat especialment útil com a **predictor de mals resultats de salut**

Amblàs J, Amil P, Blasco M, Coma A, Contel JC, Enfedaque B, et al. Bases per a la identificació i atenció a les persones grans fràgils a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2025.

El manual ICOPE (Integrated Care for Older People) de l'OMS proposa un model d'atenció integrada i centrada en la persona per a la gent gran, **amb l'objectiu de preservar la capacitat funcional i intrínseca** al llarg de l'envelliment.

Aquest model orienta els **equips d'atenció primària i comunitària a detectar i intervenir precoçment** en les pèrdues de capacitat, evitant la dependència i promovent l'envelliment saludable.

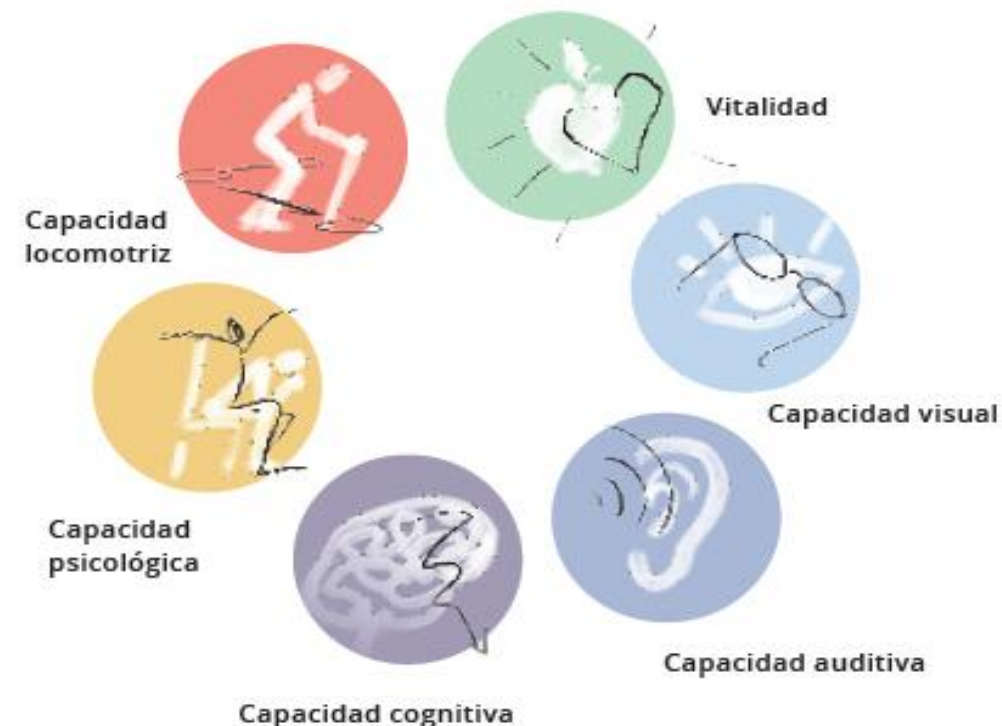
Dominios prioritaris de la capacitat intrínseca

El model defineix **6 àrees clau** sobre les quals intervenir des de l'atenció primària:

Deteriorament cognitiu
Pèrdua de mobilitat
Malnutrició o desnutrició
Discapacitat visual
Pèrdua auditiva
Síntomes depressius

A més, s'hi afegeixen l'assistència social i el suport al cuidador com a components transversals.

DOMINIOS CLAVE DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA



Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Les 5 fases del model ICOPE

1

Detecció comunitària



Cribatge de la pèrdua de capacitat intrínseca mitjançant l'instrument (COPE Screening Tool (preguntes breus sobre memòria, mobilitat, audició i ànim).
S'executa per equips de salut comunitària o infermeria d'atenció primària

2

Avaluació centrada en la persona



Comprendre la vida, valors i prioritats de la persona.
Avaluar malalties, polimedicació i entorn físic/social.
Detectar necessitats socials i funcionals (ajuda domiciliària, suport familiar, barreres arquitectòniques)

3

Pla d'atenció personalitzada



Co-creat amb la persona i el cuidador.
Inclou intervencions múltiples (exercici, nutrició, control de malalties, adaptació de l'enfortiment)
Pot incorporar autocura i educació en salut

4

Derivació i seguiment



Enllaç amb geriatria especialitzada per a casos complexos.
Seguiment continu per detectar canvis funcionals i ajustar el pla

5

Participació comunitària i suport al cuidador



Promoure xarxes de suport local i voluntariat
Reducir l'aïllament i la càrrega emocional del cuidador

Eines pràctiques ICOPE

Screening Tool (OMS): qüestionari simple de 6 ítems per a ús en AP.

Plans digitals (ICOPE App): aplicació mòbil per a seguiment i plans de cures.

Guies per a autocura, nutrició i exercici multimodal.



Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

CONSORCI SANITARI DEL MARESME | www.csdm.cat

AMICOPE

Població diana

Persones grans de la comunitat amb pèrdues lleus en mobilitat, nutrició o benestar psicològic, però sense deteriorament cognitiu o sensorial significatiu.

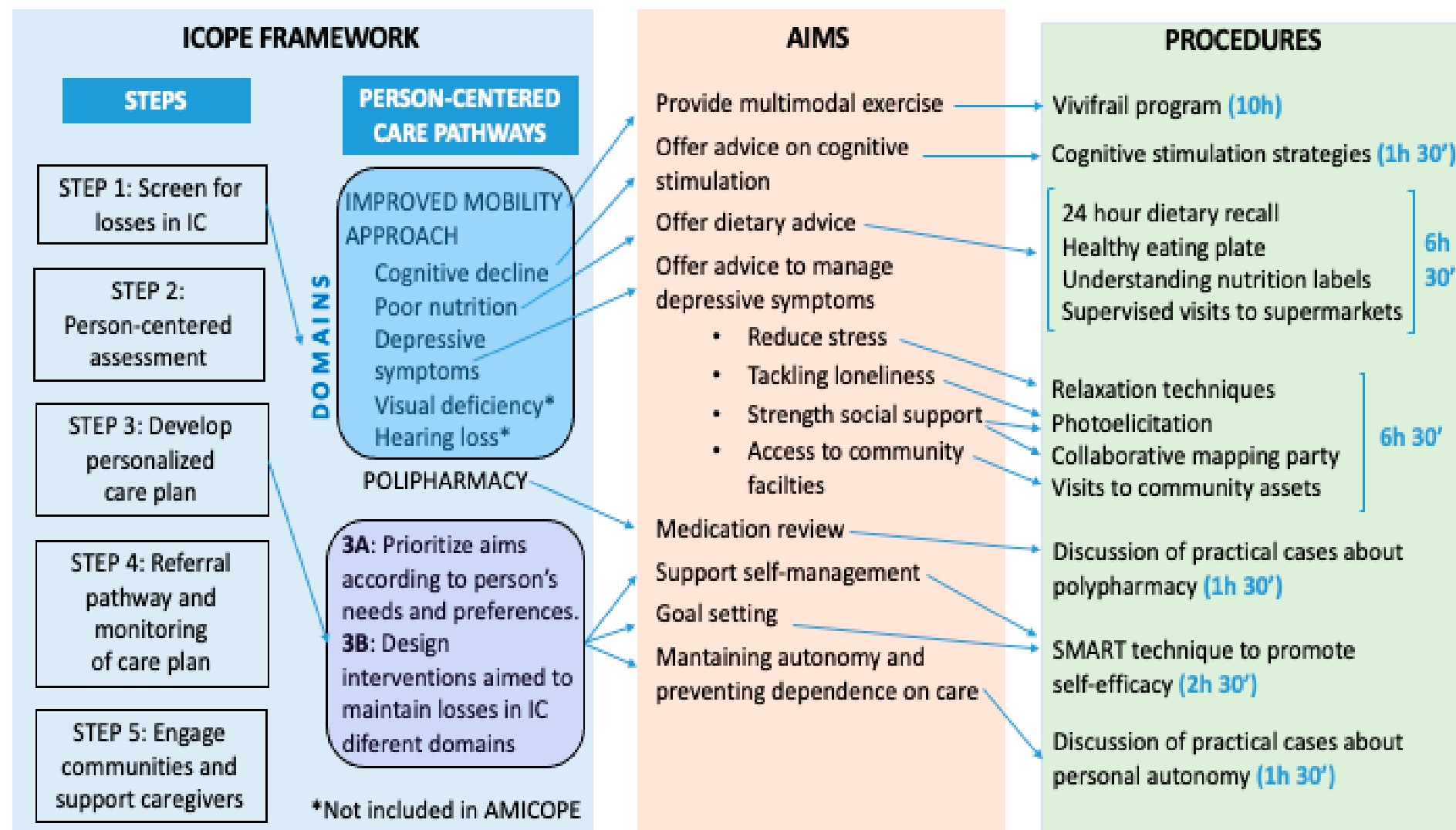
Reclutades des d'Atenció Primària i serveis comunitaris.

Fase prèvia a la fragilitat o discapacitat establerta.

12 sessions setmanals presencials (2,5 h cadascuna) durant 3 mesos.

Grups de 8–12 participants guiats per dues persones facilitadores (sanitària i social) prèviament formades (30 hores de capacitat).

APTITUDE Multi-domain intervention to maintain Intrinsic Capacity in Older PEople (AMICOPE)

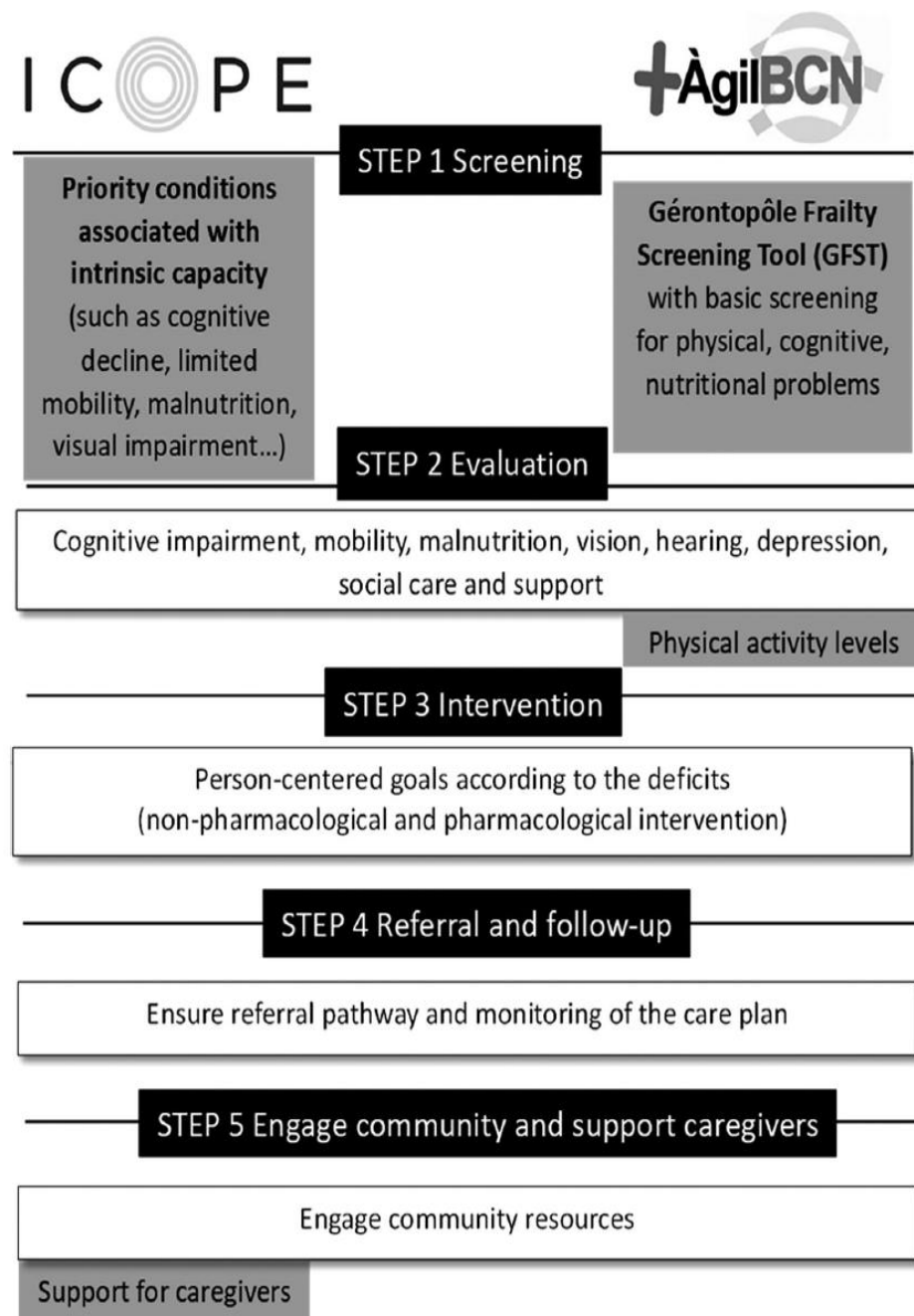


Estudi de viabilitat i acceptabilitat (pilot 2021-2022, Catalunya i Pirineus).

Avaluació d'efectivitat (assaig controlat aleatoritzat). Implementació i escalabilitat.

Blancafort Alias S. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jun 2;18(11):5979

Millora sostinguda de la capacitat intrínseca en persones grans de la comunitat: Programa +AGIL Barcelona



El programa +AGIL Barcelona, iniciat **el 2016**, integra **Atenció Primària, geriatría i recursos comunitaris**, seguint el model ICOPE. S'adreça a persones grans amb fragilitat o risc funcional que viuen a la comunitat.

194 participants (edat mitjana **81,6** anys; **68%** dones).

Tots van rebre una avaluació geriàtrica integral (**VGI**) i una intervenció multidimensional personalitzada:

- 1,-Programa d'exercici multicomponent (força, equilibri, resistència, flexibilitat) durant 10 setmanes.
- 2,-Consells sobre nutrició i higiene del son.
- 3,-Revisió de medicació i optimització farmacològica.
- 4,-Cribatge i derivació en cas de deteriorament cognitiu, depressió o soledat.
- 5,-Educació i empoderament per fomentar l'autocura i l'activitat física continuada.

L'impacte es va mesurar amb l'escala Short Physical Performance Battery (**SPPB**) —que combina velocitat de marxa, equilibri i força de cames— als **3 i 6 mesos**.



Variable / Indicador	Mesura inicial (baseline)	3 mesos	6 mesos	Evolució / Observacions
Participants (n)	194 persones (81,6 ± 7,6 anys; 68% dones)	–	–	Bona adherència: 87,6% van completar ≥75% sessions
Capacitat física global (SPPB)	7,8 ± 2,1 punts	+1,4 punts (p<0,001)	+1,1 punts (p<0,001)	Millora sostinguda del rendiment físic global
Velocitat de marxa (m/s)	0,78 ± 0,18	0,86 ± 0,19	0,85 ± 0,20	Augment significatiu i mantingut
Força de cames (test “chair stand”)	11,6 s	10,1 s	10,3 s	Millora significativa, especialment en participants no fràgils
Estat nutricional (MNA-sf)	11,2	11,8	11,7	Tendència positiva, sense significació estadística
Ànim i soledat percebuda	24% amb símptomes depressius	16%	15%	Millora emocional lleu, associada a participació grupal
Revisions farmacològiques amb canvis	–	–	32% dels participants	Optimització terapèutica (reducció de polimedicació)
Hospitalitzacions en 6 mesos	–	–	7,2%	Inferior a la taxa esperada per edat i fragilitat
Adherència al programa	–	–	87,6%	Alta acceptació i continuïtat postintervenció

El +AGIL Barcelona és un model de referència d'atenció integrada que reforça la **col·laboració entre Atenció Primària, geriatría i comunitat**, demostrant que és possible millorar de forma sostinguda la capacitat intrínseca i el benestar físic de les persones grans.

Ferrara MC. J Intern Med. 2023 Dec;294(6):730-742.

Model Integrat d'Atenció a la Fragilitat Comunitària



Estructura del model

Àmbit: centres comunitaris de gent gran.
Equip: infermeria geriàtrica + treballadors socials + personal comunitari.

Components clau:

Cribratge de fragilitat (escala FRAIL).
Avaluació integral (física, nutricional, funcional, social).
Pla de cures personalitzat.
Coordinació sanitària-social.
Promoció d'autogestió i participació comunitària.

El model transforma la visió tradicional:**De l'atenció reactiva a l'atenció proactiva i comunitària.**
Els centres de proximitat actuen com a porta d'entrada per detectar i gestionar la fragilitat.

S'utilitzen recursos locals existents, sense crear noves estructures.

Es promou una atenció continuada i centrada en la persona.

Intervenció pràctica

Exercici físic adaptat (força, equilibri, flexibilitat).
Consell nutricional (suplement proteic, vitamina D).
Revisió de medicació i hàbits.

Seguiment conjunt infermera + treballadora social.

Derivació a activitats comunitàries i suport social.

Indicador	Intervenció	Control
Reducció FRAIL score	-0,4	-0,2
Reversió a estat robust	22,4%	13,7%
Millora resistència física	OR 1,7 (p<0,05)	—
Ús serveis sanitaris	Sense diferències	—

Yu R, Tong C. Age Ageing. 2020 Oct 23;49(6):1048-1055.

“The geriatric management of frailty as paradigm of ‘The end of the disease era’



L'article planteja que l'augment de la població gran i amb multimorbiditat posa en crisi el model mèdic tradicional, centrat en la malaltia.

Els autors defensen que cal **un canvi de paradigma**: passar d'un model basat en el diagnòstic i tractament de malalties a un **model centrat en la funció i la fragilitat**.

- **L'envelliment poblacional amenaça la sostenibilitat del sistema sanitari.**
- **El model mèdic centrat en la malaltia està obsolet.**
- La **fragilitat** és el nou eix clínic per reorganitzar l'atenció.

Aquest canvi representa “**el final de l'era de la malaltia**”.

Expansió del pensament geriàtric a altres especialitats:

Diverses disciplines (ortopèdia, oncologia, anestesiologia, urgències, etc.) han començat a adoptar el concepte de **fragilitat** com a eina per millorar el maneig de pacients grans.

Procés d'atenció a les urgències hospitalàries

Fer una valoració integral adaptada a urgències



Les 3D/3D+ són una eina de **valoració geriàtrica exprés, mnemotècnica, dinàmica i de cribratge** que juntament amb el diagnòstic clínic permet al professional decidir el **recurs sanitari més adequat a l'alta del SUH**.

-La **valoració 3D** (component basal) recull informació sobre la situació prèvia del pacient (**15 dies abans** del motiu de consulta al SUH):

- Dependència funcional, amb base a la marxa i l'autonomia en les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)
- Deteriorament cognitiu/demència
- Convivència

4 perfils de fragilitat multidimensional:

- no fragilitat (**3D 0**)
- fragilitat inicial (**3D 1**)
- fragilitat intermèdia (**3D 2**)
- fragilitat avançada (**3D 3**).

3D Componente basal. Pregunta por 15 días previos con estabilidad clínica.			
Dependencia para las ABVD / movilidad física	Deterioro cognitivo / demencia	Domicilio	FRAGILIDAD MULTIDIMENSIONAL 3D: La puntuación más alta de la D da la categorización final.
3D 0: Activo (ejercicio diario o semanal), no necesita ayuda para ABVD.	3D 0: Activo, no necesita ayuda para ABVD.	Vive solo en domicilio propio.	3D 0 NO FRAGILIDAD. Respuesta como adulto sano.
3D 1: Poco activo (mayoría del tiempo de pie, sale solo a la calle). Supervisión ABVD.	3D 1: Olvidos, no necesita ayuda para ABVD.	Vive acompañado en domicilio propio/familia.	3D 1 FRAGILIDAD INICIAL. Respuesta bastante óptima.
3D 2: Mayoría del tiempo pie/sentado. No sale solo a la calle, alguna ayuda ABVD.	3D 2: Supervisión/ayuda para alguna ABVD.	Vive en residencia.	3D 2 FRAGILIDAD INTERMEDIA. Respuesta moderada.
3D 3: Mayoría del tiempo sentado/encamado. Ayuda para la mayoría de les ABVD.	3D 3: Ayuda para casi todas las ABVD.		3D 3 FRAGILIDAD AVANZADA. Respuesta poca o nula.

-La valoració 3D+ (component actual) explora mitjançant 4 preguntes la repercussió multidimensional degut al **procés agut**, com una aproximació dinàmica de la fragilitat tenint en compte el context domiciliari i els fàrmacs.



3D/3D+ valoración “expres” multidimensional; paciente ≥75 años en urgencias

3D

Componente basal. Pregunta por 15 días previos con estabilidad clínica.

Dependencia para las ABVD / movilidad física	Deterioro cognitivo / demencia	Domicilio	FRAGILIDAD MULTIDIMENSIONAL 3D: La puntuación más alta de la D da la categorización final.
3D 0: Activo (ejercicio diario o semanal), no necesita ayuda para ABVD.	3D 0: Activo, no necesita ayuda para ABVD.	Vive solo en domicilio propio.	3D 0 NO FRAGILIDAD. Respuesta como adulto sano.
3D 1: Poco activo (mayoría del tiempo de pie, sale solo a la calle). Supervisión ABVD.	3D 1: Olvidos, no necesita ayuda para ABVD.	Vive acompañado en domicilio propio/familia.	3D 1 FRAGILIDAD INICIAL. Respuesta bastante óptima.
3D 2: Mayoría del tiempo pie/sentado. No sale solo a la calle, alguna ayuda ABVD.	3D 2: Supervisión/ayuda para alguna ABVD.	Vive en residencia.	3D 2 FRAGILIDAD INTERMEDIA. Respuesta moderada.
3D 3: Mayoría del tiempo sentado/encamado. Ayuda para la mayoría de les ABVD.	3D 3: Ayuda para casi todas las ABVD.		3D 3 FRAGILIDAD AVANZADA. Respuesta poca o nula.

3D+

Componente dinámica. Explora situación en el momento agudo.

Declive funcional ¿Se ha alterado alguna de sus ABVD?	Delirio ¿Presenta una situación cognitiva diferente de la habitual ?	Domicilio ¿Sería arriesgado el tratamiento en casa las 24 horas?	+ Droga / Fármaco ¿Los fármacos podrían ser el motivo de consulta?	VALORACIÓN: Una sola respuesta afirmativa se considera alteración.
No	No, está como siempre. No delirio.	No sería arriesgado. Tiene cuidador las 24 horas del día.	No	SI   ALTERADA
Sí, aguda (últimos 15 días)	Sí, está hipoactivo.	Sí, falta de cuidador 24 horas del día.	Sí	
Sí, progresiva	Sí, está hiperactivo.			

Un **cop finalitzat el procés clínic** (anamnesi, exploració, proves complementàries, diagnòstic i inici del tractament) i amb base a la valoració 3D/3D+, es decideix **el recurs assistencial més adequat a l'alta del SUH.**



Motivo clínico de ingreso	3D	3D+	Diagnóstico completado	Diagnóstico No completado	Domicilio/residencia
No	3D 0,1,2,3	No alterada	-	-	Sí
No	3D 0,1,2,3		-	-	Intervención
Sí	3D 0	No alterada	HaD	HC	-
Sí	3D 0		HaD	UGA	-
Sí	3D 1	No alterada	HDAI	UGA	-
Sí	3D 1		UGA	UGA	-
Sí	3D 2	No alterada	HDAI	UGA	-
Sí	3D 2		CONV HDAI	UGA	-
Sí	3D 3	No alterada	CONV HDAI	CONV	-
Sí	3D 3		CONV HDAI	CONV	-

HC: Hospitalización Convencional; **UGA:** Unidad de Geriátria de Agudos; **UT:** Unidad de Transición; **HAI:** Hospital Atención Intermedia;

HAD: Hospitalización a Domicilio; : dimensión alterada; : enlace primaria/gestión del caso.

Geriatría transversal. Un repte assistencial al segle XXI



Components principals

1.-Valoració geriàtrica integral (VGI):

Identifica comorbiditats, polimedicació, estat funcional, nutrició, cognició, ànim i fragilitat.
Permet establir plans terapèutics individualitzats i realistes.

2.-Detecció i classificació de la fragilitat

-Instruments.

-Classificació de pacients: robust, vulnerable, fràgil o dependent.

3.-Actuacions clíniques transversals

-Predicció del pronòstic vital i quirúrgic.

-Ajuda en la presa de decisions i adequació de tractaments.

-Prevenició de síndromes geriàtrics (delírium, caigudes, incontinència, estrenyiment, etc.).

-Intervencions en nutrició, mobilitat, control del dolor i rehabilitació.

4.-Model multidisciplinari

El geriatra col·labora amb altres especialistes en equips conjunts (comitès de tumors, heart teams, unitats de cirurgia complexa).

L'objectiu és co-dissenyar plans terapèutics adaptats a la situació i preferències del pacient.



Oncogeriatría / Hematogeriatría

Ajuda a decidir tractaments oncològics o quimioteràpies segons fragilitat i esperança de vida.



Cardiogeriatría

Integració en unitats de insuficiència cardíaca, valvulopaties o TAVI.



Cirurgia geriàtrica (POPS / COOPERATE)

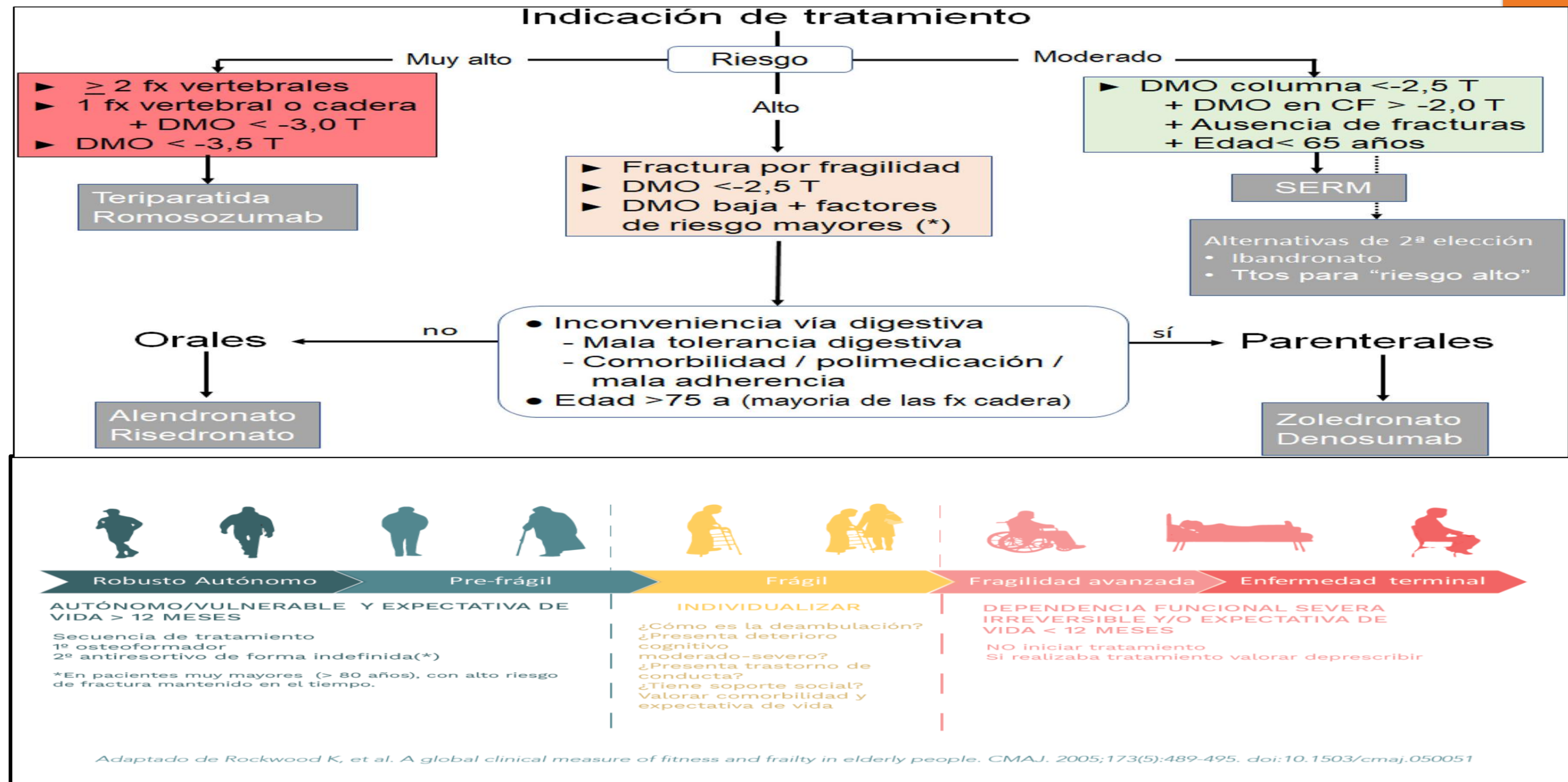
Programes de co-management que milloren el pronòstic quirúrgic i redueixen complicacions



Urologia geriàtrica

Adaptació de tractaments i maneig postoperatori segons funció i autonomia.

“La geriatría transversal trasllada la mirada geriàtrica allà on són els pacients fràgils —no només a les unitats geriàtriques—, amb l'objectiu de millorar el pronòstic, la funcionalitat i la qualitat de l'atenció hospitalària.”



RIANCHO, JA. Metab Miner [online]. 2022, vol.14, n.1, pp.5-12.
Cuadra-Llopart L. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2025 May-Jun;60(3):101582.
Cancio Trujillo JM. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2025 May-Jun;60(3):101611.



British Geriatrics Society
Improving healthcare
for older people

Moderate frailty (CFS 6)

Individual needs help with some aspects of personal care (e.g. washing or dressing), may struggle on stairs, may no longer go out alone



Severe frailty (CFS 7-9)

Individual needs help with all personal care or receiving palliative care



Key aims

- Use shared decision-making to establish patient goals.
- More lenient therapeutic targets may better balance medication harms and benefits.

- Symptom control.

Common conditions	Potential harm from medicines	Adjustment	Adjustment
Hypertension	• Falls • Fractures • Electrolyte imbalance • Acute kidney injury	More lenient target – average systolic BP in range 140-160 mmHg. ¹ Measure BP when sitting and one minute after standing – use lower value for therapeutic decisions. ²	No BP target – harms likely to exceed benefits. Deprescribing advised.
Type 2 Diabetes	• Hypoglycaemia, leading to cognitive decline/falls	HbA1c target 60 to 75 mmol/mol. ³	Avoid symptomatic hyper/hypoglycaemia. Simplify prescription.
Cholesterol	• Myalgia • Sarcopenia • Functional decline	Primary prevention: deprescribing advised. Secondary prevention: NNT likely to exceed 100/year to prevent one cardiovascular event – discuss stopping. ⁴	Harms likely to exceed benefits. Deprescribing advised.
Heart failure with reduced ejection fraction	• Hypotension • Volume depletion • Falls	Limiting prescribing to fewer than the 'four pillars' may be a better balance of risks and benefits. ⁵ ARNI/ACEi Hypotension, hyperkalaemia. Beta-blocker Orthostatic hypotension. MRA Dehydration, hyperkalaemia. SGLT2i Dehydration, urinary tract infection, thrush.	Continue loop diuretics for fluid overload only.
Osteoporosis	• Therapeutic burden	If on bisphosphonate >3 years, then little evidence of benefit of continuation for next 3 years - discuss stopping. ⁶	Treatment unlikely to be beneficial if immobile or in last year of life.
Cognitive impairment	• Accelerated cognitive decline • Falls • Fractures	Minimise exposure to anticholinergic medicines. ⁷ Evaluate ongoing risk/benefit of any antipsychotic or sedative medications, favouring deprescribing if possible.	Continue anti-dementia drugs if ongoing symptomatic benefit.

Idees per a dur-se a casa:



1,-L'envelliment poblacional exigeix un nou model assistencial

L'augment de l'esperança de vida comporta més **cronicitat, fragilitat i dependència**, i planteja reptes per a la sostenibilitat del sistema de salut.

2,-La fragilitat és el nou eix clínic del segle XXI

És una **condició dinàmica i potencialment reversible**, resultat de la pèrdua de reserves físiques i mentals.

3,-La capacitat intrínseca: un enfocament positiu i preventiu

4,-L'atenció primària i comunitària com a nucli del model

És l'àmbit més adient per a la **detecció precoç de la fragilitat** i la **intervenció personalitzada**.

5,-La geriatria transversal amplia la mirada

IntegraR els principis geriàtrics en altres especialitats (oncologia, cardiologia, cirurgia, urologia, ortogeriatria...).

6. Del model reactiu al model proactiu i integrat

Cal evolucionar **del tractament de malalties** a la **promoció de capacitats**.



GRÀCIES

jcancio@csdm.cat