



FontActiv®



PROYECTO FRAGILESS

RIESGO DE FRAGILIDAD
EN EL PACIENTE ADULTO
MAYOR

1. PROMOTOR DEL PROYECTO

Growing Brands
Avda. Cerdanyola 75-77
08172 Sant Cugat del Vallés (Barcelona)

2. TÍTULO DEL PROYECTO

Proyecto FRAGILESS sobre el paciente adulto mayor en riesgo de fragilidad.

3. PARTICIPANTES PRINCIPALES

Profesionales de la salud que atienden a pacientes en riesgo de desnutrición y realizan su labor asistencial en España.

4. CENTROS EN LOS QUE SE PREVÉ REALIZAR EL PROYECTO

Consultas de todo el territorio nacional que atienden al paciente en riesgo de desnutrición.

5. ENFERMEDAD QUE SE TRABAJA

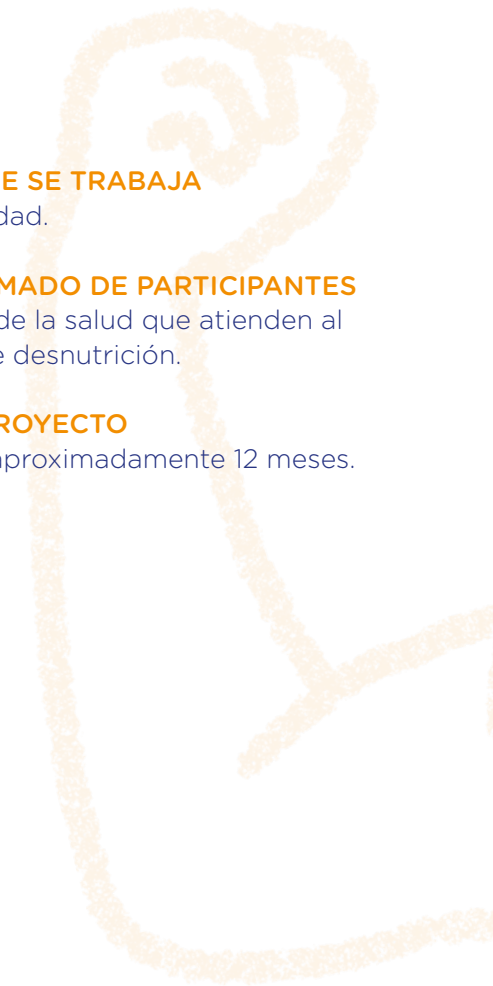
Desnutrición y fragilidad.

6. NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES

30-50 profesionales de la salud que atienden al paciente en riesgo de desnutrición.

7. DURACIÓN DEL PROYECTO

La duración será de aproximadamente 12 meses.



INTRODUCCIÓN

Las personas mayores con estados de **fragilidad o pre-fragilidad** presentan mayor riesgo de comorbilidades (enfermedades crónicas, caídas y hospitalizaciones) y mayor prevalencia de discapacidad y dependencia en su vida cotidiana. Todo ello justifica el impacto negativo observado de la fragilidad en la **calidad de vida de las personas** que la padecen. Por esta razón, la fragilidad en el adulto mayor se ha convertido en un tema importante en la actual de investigación sobre envejecimiento. Debido a que la fragilidad es una consecuencia inevitable del envejecimiento, y aunque poco se conoce en adultos jóvenes, es necesario realizar un **diagnóstico temprano y un adecuado manejo y tomar medidas preventivas** para reducir su impacto en la vida adulta, así como reducir los costes asociados a esta condición. Se han descrito estrategias para mejorar el estado funcional y nutricional de los adultos mayores que repercuten favorablemente sobre la fragilidad. En pacientes institucionalizados, frágiles y de edad avanzada, se ha demostrado que la participación en programas de ejercicio mejora la fuerza muscular, la agilidad y variables bioquímicas, llegando a revertirse la situación de fragilidad en un número considerable de casos.

Por otra parte, la **Sociedad Europea de Nutrición y Metabolismo** (ESPEN) recomienda la utilización de suplementos nutricionales en personas mayores hospitalizadas con desnutrición o en riesgo de padecerla, para mejorar la calidad dietética de su ingesta y peso corporal, así como para reducir el riesgo de complicaciones, con un nivel A de evidencia. En pacientes desnutridos o cuando las modificaciones dietéticas no cubren los requerimientos alimenticios se recomienda recurrir a suplementos nutricionales orales. Se ha observado que la administración de **suplementos alimenticios proteicos** mejora la masa muscular y el rendimiento físico en sujetos desnutridos de edad avanzada pre-frágiles y frágiles.

JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto pretende estudiar los riesgos asociados a la aparición de fragilidad en el adulto mayor, así como las estrategias de cribado y detección realizadas por el especialista. El conocimiento de estos factores permitiría implementar medidas preventivas que contribuyeran en el retraso en la evolución hacia los estadios de pre-frágil y frágil o la reversión en esos niveles de fragilidad a no fragilidad, para que el adulto mayor disfrute de la vida en las mejores condiciones.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Conocer el perfil del paciente adulto mayor con mayor riesgo a padecer fragilidad y las herramientas de cribaje y detección por parte del especialista.

Objetivos secundarios

- Conocer el perfil de paciente con pre-fragilidad y fragilidad al que se recomiendan suplementos nutricionales y complementos alimenticios.
- Obtener datos retrospectivos sobre la utilización de FontActiv® Protein Vital.
Promover conductas que ayuden a los pacientes a seguir un envejecimiento activo para la mejora de su calidad de vida.

DISEÑO DEL CUESTIONARIO

Se estructura en tres apartados: (A) Perfil del facultativo, (B) Patología y Procedimientos Diagnósticos, y (C) Tratamiento y Prevención. En las preguntas que procedan, el médico puede marcar más de una respuesta.

- A. Perfil del facultativo:** preguntas para poder clasificar el perfil de los facultativos que respondan a la encuesta.
- B. Perfil paciente en riesgo de fragilidad:** conocer los diferentes factores de riesgo que aceleran la aparición de fragilidad en el adulto mayor.
- C. Información sobre cribado, diagnóstico y tratamiento.**

DESARROLLO DEL PROYECTO

A cada uno de los profesionales de la salud participantes se le facilitará el cuaderno de estudio que contendrá tanto el protocolo como el cuestionario de este.

El cuestionario de recogida de datos (CRD) está desarrollado específicamente para el estudio. El CDR está estructurado en 3 bloques: datos del participante (9 preguntas), datos sobre el paciente en riesgo de fragilidad (19 preguntas) y preguntas sobre la práctica clínica habitual en paciente con riesgo de fragilidad (9 preguntas).

A partir de los formularios cumplimentados se realizará un análisis estadístico y se valorará la posibilidad de desarrollar materiales de difusión de los resultados.

METODOLOGÍA

1. **Inscribirse** como participante del proyecto a través de la web <https://proyectosobservacionales.com/fragiless> o del siguiente código QR.
2. **Rellenar el cuestionario** de opinión y práctica clínica, marcando lo que proceda o indicando el porcentaje en cada una de las opciones propuestas en las respuestas. En el apartado de fichas paciente hay dos clases de registros:
Registro retrospectivo: donde se pide que recuerde 5 pacientes a los que en los últimos 6 meses se haya recomendado el uso de FontActiv®, para estudiar cómo fue su tratamiento.
Registro de recomendación: a medida que vaya atendiendo nuevos pacientes a quienes recomiende FontActiv®, registre los datos solicitados en el cuestionario de pacientes.
3. **Enviar el cuestionario** una vez cumplimentado al email: fragiless@proyectosobservacionales.com, para incluir sus resultados y realizar las gestiones asociadas a su participación en el proyecto Fragiless.



GESTIÓN DE LOS DATOS

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los datos personales recogidos en este cuaderno se usarán únicamente con el fin de llevar a cabo la logística del estudio, una vez finalizado se destruirán.

BIBLIOGRAFÍA

- K. Bandeen-Roche, C. L. Seplaki, J. Huang, B. Buta, R. R. Kalyani, R. Varadhan, et al., "Frailty in Older Adults: A Nationally Representative Profile in the United States," *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, vol. 70, pp. 1427-34, Nov 2015.
- T. F. Crocker, L. Brown, A. Clegg, K. Farley, M. Franklin, S. Simpkins, et al., "Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: systematic review and meta-analysis," *Qual Life Res*, vol. 28, pp. 2041-2056, Aug 2019.
- C. Loecker, M. Schmaderer, and L. Zimmerman, "Frailty in Young and Middle-Aged Adults: An Integrative Review," *J Frailty Aging*, vol. 10, pp. 327-333, 2021.
- C. B. Ferreira, P. D. S. Teixeira, G. Alves Dos Santos, A. T. Dantas Maya, P. Americano do Brasil, V. C. Souza, et al., "Effects of a 12-Week Exercise Training Program on Physical Function in Institutionalized Frail Elderly," *Journal of aging research*, vol. 2018, pp. 7218102-7218102, 2018.
- D. Volkert, A. M. Beck, T. Cederholm, A. Cruz-Jentoft, S. Goisser, L. Hooper, et al., "ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics," *Clin Nutr*, vol. 38, pp. 10-47, Feb 2019.
- "Comité fractura de cadera. Hospital Universitario Donostia. Protocolo de tratamiento multidisciplinar de pacientes con fractura de cadera. Junio 2015. Disponible (Sep 2019): https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo56FracturaCadera.pdf."
- Y. Park, J. E. Choi, and H. S. Hwang, "Protein supplementation improves muscle mass and physical performance in undernourished prefrail and frail elderly subjects: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial," *Am J Clin Nutr*, vol. 108, pp. 1026-1033, Nov 1, 2018.
- Martín I, Baztán JJ, Gorroñoigoitia A, Abizanda P, Gómez J. Detección y manejo de la fragilidad en Atención Primaria; actualización. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC salud), 10 de diciembre de 2012.
- Actualización del documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en el SNS (2022). Guía para desarrollar programas de actividad física multicomponente en recursos comunitarios y locales.
- Oteroa A, Castellby MV, Canto de Hoyos M. Cribado de fragilidad en Atención Primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(5):239-240.
- Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad. En el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud y la Acción Conjunta ADVANTAGE. Ministerio de sanidad centro de publicaciones, 14/11/2019.

DATOS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

NOMBRE MÉDICO

.....

NOMBRE DELEGADO

.....

1. GÉNERO

Masculino Femenino

2. EDAD

..... (años)

3. NACIONALIDAD

Española

Otros países de la UE

Europea no perteneciente a la UE

Latinoamericana

Otras. Especificar:

.....

4. ESPECIALIDAD. SELECCIONE AQUELLAS QUE PROCEDAN

Nutricionista

Endocrinología y Nutrición

Medicina Interna

Oncología

Geriatría

Atención Primaria

Enfermería

Otras. Especificar:

.....

5. AÑOS DE EJERCICIO:

1-5 6-15 16-20 + 20

6. ¿HA REALIZADO O PARTICIPADO EN ALGÚN TIPO DE PUBLICACIÓN O ESTUDIO SOBRE DESNUTRICIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Sí No

7. ZONA DE REFERENCIA:

Población

Provincia

8. ÁMBITO:

Público

Privado

Ambos

9. TIPO DE CENTRO EN EL QUE TRABAJA

(Marque todos los necesarios)

Centro de salud

Hospital

Consulta privada

Centro geriátrico

Otros. Especificar

.....



INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE EN RIESGO DE FRAGILIDAD

1. ¿QUÉ PORCENTAJE DE PACIENTES A LOS QUE ATIENDE EN LA CONSULTA PRESENTAN UNA SITUACIÓN DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN? ¿Y DE FRAGILIDAD?

Desnutrición

<25% 25-50% 50-75% >75%

Fragilidad

<25% 25-50% 50-75% >75%

2. ¿CUÁL ES LA EDAD MEDIA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD?

- <65 años
- 65-75 años
- 75-85 años
- > 85 años

3. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿VIVEN SOLOS?

Sí No

4. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿ESTÁN INSTITUCIONALIZADOS?

Sí No

5. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿HAN ESTADO HOSPITALIZADOS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

Sí No

6. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿HAN SUFRIDO ALGUNA CAÍDA EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS?

Sí No

7. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿PRESENTAN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CRÓNICAS?

(Marque las que correspondan)

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC...)

Digestivas

Otros. Especificar

.....

8. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿ESTÁN POLIMEDICADOS?

Sí No

9. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿COMEN MENOS POR FALTA DE APETITO, PROBLEMAS DIGESTIVOS, DIFICULTADES DE MASTICACIÓN O DEGLUCIÓN?

Sí No

10. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD (0= MUY MALO Y 10= EXCELENTE)

.....

11. ¿HA OBSERVADO EN LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD UNA PÉRDIDA DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Sí No

12. ¿QUÉ PORCENTAJE DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD PRESENTAN PROBLEMAS DE MOVILIDAD? (por ejemplo, se desplaza solo de la cama al sillón)

<25% 25-50% 50-75% >75%

13. ¿HAN TENIDO LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O SITUACIÓN DE ESTRÉS PSICOLÓGICO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

Sí No

14. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿PRESENTAN DEMENCIA O DEPRESIÓN MODERADA-GRAVE?

Sí No

15. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿PRESENTAN ESTADO DE ÁNIMO DECAÍDO?

Sí No

16. LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD, ¿REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA? INDIQUE LA FRECUENCIA.

a diario

5 días a la semana

2-3 días a la semana

1 vez por semana

17. ¿HA OBSERVADO SI LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS SIN AYUDA? (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...)

Sí No

18. ¿HA OBSERVADO SI LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD PRESENTAN DOLORS LEVES-MODERADOS?

Sí No

19. ¿QUE PERCEPCIÓN TIENEN LA MAYORÍA DE PACIENTES CON RIESGO DE FRAGILIDAD DE SU SALUD?

Mala Regular Buena Excelente

INFORMACIÓN SOBRE CRIBADO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

1. ¿EMPLEA EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRAIL CON SUS PACIENTES EN RIESGO DE FRAGILIDAD?

Sí No

2. ¿EMPLEA TEST ESPECÍFICOS DE CRIBAJE PARA DETECTAR FRAGILIDAD EN SUS PACIENTES?

Sí No

3. MARQUE LOS TEST QUE SUELE EMPLEAR DE MANERA HABITUAL:

MNA-SF

Valoración Geriátrica Integral (VGI)

Mini Mental Test (MMSE)

SHARE-FI

Test SPEED-AGE

Test velocidad de la marcha

Test "Levántate y anda"

Criterios de FRIED

FRAILTY TRAIT SCALE

Índice de BARTHEL

4. ¿QUÉ CRITERIOS SIGUE PARA EVALUAR EL GRADO DE FRAGILIDAD DE SUS PACIENTES? MARQUE TODAS LAS NECESARIAS:

Índice de masa corporal

Equilibrio

Fuerza manual

Velocidad de la marcha

Actividad física

Pérdida de peso

Debilidad muscular

5. ¿QUÉ PORCENTAJE DE PACIENTES A LOS QUE ATIENDE EN LA CONSULTA PRESCRIBE UNA SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL NO FINANCIADA?

<25% 25-50% 50-75% >75%

6. ¿QUÉ PORCENTAJE DE PACIENTES A LOS QUE ATIENDE EN LA CONSULTA PRESCRIBE UNA SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL FINANCIADA?

<25% 25-50% 50-75% >75%

7. ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO MANTIENE LA SUPLEMENTACIÓN?

<3 meses 3-6 meses 6-12 meses >12 meses

RETROSPECTIVO

PACIENTE 1

POR FAVOR, RECUERDE 5 PACIENTES A LOS QUE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAYA RECOMENDADO EL USO DE PREPARADOS DE LA GAMA FONTACTIV® PROTEIN VITAL Y RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ELLOS:

Sexo	Femenino (F) Masculino (M)
Producto recomendado	FontActiv Protein Vital®
Motivo de la recomendación	<p>Mejora del estado nutricional del paciente previo a una intervención quirúrgica</p> <p>La suplementación no está financiada para la situación clínica del paciente</p> <p>Recuperación post intervención</p> <p>Pérdida de masa muscular (sarcopenia y atrofia muscular)</p> <p>Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas</p> <p>Riesgo de desnutrición</p> <p>Pérdida de apetito/Anorexia</p> <p>Sensación de debilidad muscular, fatiga, cansancio y falta de fuerzas</p> <p>Baja ingesta proteica a través de la alimentación tradicional</p> <p>Otro. Por favor, especifique</p>
¿Durante cuánto tiempo utilizó el producto?	<1 mes Entre 1 y 3 meses Más de 3 meses Otros (especificar)
Número de tomas diarias recomendadas	1 2 más de 2
¿Se le dieron pautas de ejercicio físico según sus limitaciones?	SI NO
Tiempo transcurrido para apreciar una mejora	..... días o .....semanas
Mejora del estado nutricional del paciente y método empleado para observar la mejoría (escoge una opción) (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	<p>..... Valoración nutricional</p> <p>..... Evolución positiva del peso /IMC</p> <p>..... Evolución funcional</p> <p>..... Parámetros bioquímicos</p> <p>..... Otros. Especificar:</p>
Grado de satisfacción del paciente (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....
Tolerabilidad y digestibilidad del producto (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....

RETROSPECTIVO

PACIENTE 2

POR FAVOR, RECUERDE 5 PACIENTES A LOS QUE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAYA RECOMENDADO EL USO DE PREPARADOS DE LA GAMA FONTACTIV® PROTEIN VITAL Y RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ELLOS:

Sexo	Femenino (F) Masculino (M)
Producto recomendado	FontActiv Protein Vital®
Motivo de la recomendación	<p>Mejora del estado nutricional del paciente previo a una intervención quirúrgica</p> <p>La suplementación no está financiada para la situación clínica del paciente</p> <p>Recuperación post intervención</p> <p>Pérdida de masa muscular (sarcopenia y atrofia muscular)</p> <p>Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas</p> <p>Riesgo de desnutrición</p> <p>Pérdida de apetito/Anorexia</p> <p>Sensación de debilidad muscular, fatiga, cansancio y falta de fuerzas</p> <p>Baja ingesta proteica a través de la alimentación tradicional</p> <p>Otro. Por favor, especifique</p>
¿Durante cuánto tiempo utilizó el producto?	<1 mes Entre 1 y 3 meses Más de 3 meses Otros (especificar)
Número de tomas diarias recomendadas	1 2 más de 2
¿Se le dieron pautas de ejercicio físico según sus limitaciones?	SI NO
Tiempo transcurrido para apreciar una mejora	..... días o .....semanas
Mejora del estado nutricional del paciente y método empleado para observar la mejoría (escoge una opción) (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	<p>..... Valoración nutricional</p> <p>..... Evolución positiva del peso /IMC</p> <p>..... Evolución funcional</p> <p>..... Parámetros bioquímicos</p> <p>..... Otros. Especificar:</p>
Grado de satisfacción del paciente (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....
Tolerabilidad y digestibilidad del producto (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....

RETROSPECTIVO

PACIENTE 3

POR FAVOR, RECUERDE 5 PACIENTES A LOS QUE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAYA RECOMENDADO EL USO DE PREPARADOS DE LA GAMA FONTACTIV® PROTEIN VITAL Y RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ELLOS:

Sexo	Femenino (F) Masculino (M)
Producto recomendado	FontActiv Protein Vital®
Motivo de la recomendación	Mejora del estado nutricional del paciente previo a una intervención quirúrgica La suplementación no está financiada para la situación clínica del paciente Recuperación post intervención Pérdida de masa muscular (sarcopenia y atrofia muscular) Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas Riesgo de desnutrición Pérdida de apetito/Anorexia Sensación de debilidad muscular, fatiga, cansancio y falta de fuerzas Baja ingesta proteica a través de la alimentación tradicional Otro. Por favor, especifique
¿Durante cuánto tiempo utilizó el producto?	<1 mes Entre 1 y 3 meses Más de 3 meses Otros (especificar)
Número de tomas diarias recomendadas	1 2 más de 2
¿Se le dieron pautas de ejercicio físico según sus limitaciones?	SI NO
Tiempo transcurrido para apreciar una mejora	..... días o .....semanas
Mejora del estado nutricional del paciente y método empleado para observar la mejoría (escoge una opción) (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	....., Valoración nutricional, Evolución positiva del peso /IMC, Evolución funcional, Parámetros bioquímicos, Otros. Especificar:
Grado de satisfacción del paciente (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....
Tolerabilidad y digestibilidad del producto (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....

RETROSPECTIVO

PACIENTE 4

POR FAVOR, RECUERDE 5 PACIENTES A LOS QUE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAYA RECOMENDADO EL USO DE PREPARADOS DE LA GAMA FONTACTIV® PROTEIN VITAL Y RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ELLOS:

Sexo	Femenino (F) Masculino (M)
Producto recomendado	FontActiv Protein Vital®
Motivo de la recomendación	Mejora del estado nutricional del paciente previo a una intervención quirúrgica La suplementación no está financiada para la situación clínica del paciente Recuperación post intervención Pérdida de masa muscular (sarcopenia y atrofia muscular) Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas Riesgo de desnutrición Pérdida de apetito/Anorexia Sensación de debilidad muscular, fatiga, cansancio y falta de fuerzas Baja ingesta proteica a través de la alimentación tradicional Otro. Por favor, especifique
¿Durante cuánto tiempo utilizó el producto?	<1 mes Entre 1 y 3 meses Más de 3 meses Otros (especificar)
Número de tomas diarias recomendadas	1 2 más de 2
¿Se le dieron pautas de ejercicio físico según sus limitaciones?	SI NO
Tiempo transcurrido para apreciar una mejora	..... días o .....semanas
Mejora del estado nutricional del paciente y método empleado para observar la mejoría (escoge una opción) (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	....., Valoración nutricional, Evolución positiva del peso /IMC, Evolución funcional, Parámetros bioquímicos, Otros. Especificar:
Grado de satisfacción del paciente (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....
Tolerabilidad y digestibilidad del producto (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....

RETROSPECTIVO

PACIENTE 5

POR FAVOR, RECUERDE 5 PACIENTES A LOS QUE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAYA RECOMENDADO EL USO DE PREPARADOS DE LA GAMA FONTACTIV® PROTEIN VITAL Y RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ELLOS:

Sexo	Femenino (F) Masculino (M)
Producto recomendado	FontActiv Protein Vital®
Motivo de la recomendación	<p>Mejora del estado nutricional del paciente previo a una intervención quirúrgica</p> <p>La suplementación no está financiada para la situación clínica del paciente</p> <p>Recuperación post intervención</p> <p>Pérdida de masa muscular (sarcopenia y atrofia muscular)</p> <p>Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas</p> <p>Riesgo de desnutrición</p> <p>Pérdida de apetito/Anorexia</p> <p>Sensación de debilidad muscular, fatiga, cansancio y falta de fuerzas</p> <p>Baja ingesta proteica a través de la alimentación tradicional</p> <p>Otro. Por favor, especifique</p>
¿Durante cuánto tiempo utilizó el producto?	<1 mes Entre 1 y 3 meses Más de 3 meses Otros (especificar)
Número de tomas diarias recomendadas	1 2 más de 2
¿Se le dieron pautas de ejercicio físico según sus limitaciones?	SI NO
Tiempo transcurrido para apreciar una mejora	..... días o .....semanas
Mejora del estado nutricional del paciente y método empleado para observar la mejoría (escoge una opción) (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	<p>..... Valoración nutricional</p> <p>..... Evolución positiva del peso /IMC</p> <p>..... Evolución funcional</p> <p>..... Parámetros bioquímicos</p> <p>..... Otros. Especificar:</p>
Grado de satisfacción del paciente (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....
Tolerabilidad y digestibilidad del producto (0=poco, 1=regular, 2=bastante, 3=mucho)	.....

FICHAS RECOMENDACIÓN PACIENTE

RECOMENDACIÓN PACIENTE 1

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 2

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 3

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 4

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 5

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 6

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 7

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 8

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 9

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

RECOMENDACIÓN PACIENTE 10

GÉNERO:

Masculino Femenino

EDAD: (años)

PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv® Protein Vital
- FontActiv® Forte
- FontActiv® Forte Protein
- FontActiv® DiaBest
- FontActiv® Cereales

MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Desnutrición calórico-proteica
Restricción en la ingesta de líquidos
Alteraciones mecánicas de la deglución
Anorexia y pérdida de peso
Caquexia y/o sarcopenia
Situaciones con necesidades energéticas y proteicas elevadas
Otro. Por favor, especifique

.....

PERIODO DE TIEMPO RECOMENDADO:

- 2-4 semanas
 - Entre 1 y 3 meses
 - Más de 3 meses
 - Otros. Por favor, especificar
-

¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZABA UN SUPLEMENTO FONTACTIV®?

Sí No

¿CUÁL HA SIDO EL MOTIVO DE CAMBIO DE LA DIETA COMPLETA ANTERIOR A LOS SUPLEMENTOS FONTACTIV®?

- Rechazo de las características organolépticas (sabor, aroma)
- Baja tolerancia al producto
- Baja ganancia de peso
- Bajo cumplimiento terapéutico

FontActiv[®]



www.fontactiv.es

ordesawebprofesionales@ordesalab.com