



FontActiv



ESTADO NUTRICIONAL Y
CONDICIÓN FÍSICA COMO
FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A LA FRAGILIDAD
EN EL PACIENTE MAYOR
Y SU IMPLICACIÓN EN LA
PREVENCIÓN

PROYECTO NUTRIFACT

Material dirigido a profesional de la salud

RESUMEN

PROMOTOR DEL PROYECTO

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

TÍTULO DEL PROYECTO

Proyecto NTRIFACT Estado nutricional y condición física como factores de riesgo asociados a la fragilidad en el paciente mayor y su implicación en la prevención

PARTICIPANTES

Especialistas en medicina interna, endocrinología y nutrición, nutricionistas, enfermería de nutrición y otras especialidades susceptibles de responsabilidad asistencial sobre el paciente en riesgo de desnutrición y fragilidad que realizan su labor asistencial en el ámbito hospitalario de España.

CENTROS EN LOS QUE SE PREVÉ REALIZAR

- Consultas hospitalarias y consultas externas de medicina interna, endocrinología, nutrición, geriatría, atención primaria y otras.
- Enfermería de nutrición y otras especialidades susceptibles de responsabilidad asistencial sobre el paciente en riesgo de desnutrición y fragilidad de todo el territorio nacional.

NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES

30 médicos que atienden a pacientes con riesgo de desnutrición

DURACIÓN DEL PROYECTO

La duración del proyecto será de aproximadamente 12 meses



Recuerde descargar en su ordenador el documento pdf antes de cumplimentar las respuestas para que se registren correctamente todas sus respuestas.

INTRODUCCIÓN

La fragilidad y la malnutrición son síndromes geriátricos que comparten síntomas similares, como la pérdida de peso, el agotamiento, la debilidad y la lentitud.^{1,2} De hecho, ambos síndromes tienen factores de riesgo similares, de tipo sociodemográfico, biomédico, psicosocial, funcional y nutricional.³⁻⁶

Numerosas investigaciones sobre el envejecimiento demuestran que las intervenciones nutricionales adecuadas resultan esenciales en el manejo de la desnutrición y la fragilidad en los adultos mayores.³ Así, aquellos mayores que no presentan fragilidad, cuando están en riesgo de desnutrición, tienen más probabilidades de desarrollarla en comparación con aquellos que están bien nutridos.⁷ En esta línea, la Sociedad Europea de Nutrición y Metabolismo (ESPEN) recomienda la utilización de suplementos nutricionales en las personas mayores hospitalizadas con desnutrición o en riesgo de padecerla.^{8,9}

Por otro lado, existen asociaciones entre fragilidad y condición física. Estas pueden explicarse por los cambios físicos que ocurren en las personas mayores, tales como una disminución de la masa y fuerza musculares. Concretamente, las alteraciones en estos índices se asocian con un desempeño físico deficiente y movilidad reducida, incrementando el riesgo de dependencia funcional y, por consiguiente, mayor fragilidad.^{10,11}

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Previo al estado de fragilidad y al declive fisiológico asociado, se da un estadio prefrágil potencialmente reversible antes de la aparición de la fragilidad establecida.

La identificación temprana del riesgo de desnutrición en esta población prefrágil es un factor clave, ya que los adultos mayores con riesgo de malnutrición tienen casi 8 veces más probabilidades de desarrollar fragilidad.⁷ En España, la prevalencia actual es aproximadamente de 800.000 personas mayores frágiles y más de 3 millones de prefrágiles.¹²

Paralelamente, una deficiente condición física impacta en el riesgo de fragilidad. La evidencia demuestra que personas mayores de 75 años presentan ciertos antecedentes que favorecen y preceden el desarrollo de fragilidad, como por ejemplo, una disminución en la resistencia aeróbica, la fuerza de prensión manual, la fuerza de tren inferior, la movilidad articular y la coordinación neuromuscular.¹³

Resulta esencial aumentar el conocimiento que favorezca las intervenciones preventivas necesarias en el ámbito de la fragilidad para fomentar un envejecimiento más activo y saludable, reducir la susceptibilidad a algunas patologías y contribuir a aumentar la supervivencia y la calidad de vida.

El presente trabajo pretende valorar los factores de riesgo que se asocian a la fragilidad en personas mayores, concretamente el estado nutricional y físico.

LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

- Evaluar el **perfil del paciente adulto mayor en riesgo de padecer fragilidad**.
- Determinar **factores de riesgo asociados a la fragilidad** en la población mayor.⁴
- Identificar el **grado de coexistencia entre la fragilidad y la desnutrición, así como entre la fragilidad y las capacidades de la condición física**.
- Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar el proceso asistencial y diagnóstico de las personas mayores en **riesgo nutricional y/o condición física deteriorada**, cuyas probabilidades de desarrollar fragilidad son más elevadas.

ESTE PROYECTO ES FUNDAMENTAL DEBIDO A LAS SIGUIENTES RAZONES

- **Salud del paciente mayor con riesgo de fragilidad y desnutrición clínica y/o deterioro funcional:** Los aspectos nutricionales y las variables de condición física son uno de los pilares fisiopatológicos de la fragilidad. La detección temprana y tratamiento del anciano (pre)frágil desnutrido y/o con deterioro físico es un tema prioritario en la atención a las personas mayores. Comprender y abordar los signos y síntomas de estos síndromes esencial para mejorar la calidad de vida de ese grupo de población.
- **Escasez de Investigación:** La coexistencia de fragilidad y desnutrición contribuye a que numerosos factores se superpongan entre ambas entidades, pudiéndose confundir

e incluso, ser indistinguibles en determinados pacientes.¹⁴ Es importante comprender los mecanismos fisiopatológicos que subyacen en cada caso para poder diagnosticar correctamente e implementar una terapia oportuna.¹⁴ Asimismo, la condición física, calidad de vida y algunos indicadores de salud, como el índice de masa corporal y el nivel de actividad física, se han relacionado con el estado de salud de las personas mayores, aunque todavía se dispone de escasa información sobre la relación de estos indicadores con la fragilidad.¹¹

- **Información Clínica Relevante:** Tres de los grandes retos en las personas mayores en los que intervienen de forma importante la nutrición son la desnutrición, la sarcopenia y la fragilidad. Una alimentación adecuada es primordial para prevenir estas condiciones en este colectivo tan vulnerable de sufrir deficiencias. Además, el ejercicio físico es una actividad clave en la intervención de la fragilidad, por lo que mantener una buena condición física es parte esencial para la prevención o mejora de la misma.¹⁵
- **Personalización del Tratamiento:** La implementación de modelos de atención sanitaria específicos coordinados entre atención primaria y los servicios de geriatría permiten identificar y tratar a los mayores frágiles. Estos esfuerzos interdisciplinarios, junto con investigaciones en el ámbito de los trastornos nutricionales y del ejercicio físico asociados al envejecimiento, contribuirán a comprender mejor cómo diferentes pacientes experimentan y responden a los tratamientos, permitiendo una atención más personalizada.

En resumen, el análisis de los datos del proyecto permitirá profundizar en los factores de riesgo precoces en ancianos frágiles (o prefrágiles) y con alto riesgo nutricional y/o desempeño físico comprometido, a fin de favorecer las intervenciones preventivas, fomentar una mejor calidad de vida, y prevenir futuras discapacidades y costes sanitarios y sociales.

1. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Malnutrition and frailty in community dwelling older adults living in a rural setting. *Clin Nutr.* 2016;35(1):138-143. doi:10.1016/J.CLNU.2015.01.008. 2. Laur C V., McNicholl T, Valaitis R, Keller HH. Malnutrition or frailty? Overlap and evidence gaps in the diagnosis and treatment of frailty and malnutrition. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2017;42(5):449-458. doi:10.1139/APNM-2016-0652. 3. Khor PY, Vearing RM, Charlton KE. The effectiveness of nutrition interventions in improving frailty and its associated constructs related to malnutrition and functional decline among community-dwelling older adults: A systematic review. *J Hum Nutr Diet.* 2022;35(3):566-582. doi:10.1111/JHN.12943. 4. Luis-Pérez C, Hernández-Ruiz Á, Merino-López C, Niño-Martín V. Risk factors associated with malnutrition of community-dwelling older adults: A rapid review. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2021;56(3):166-176. doi:10.1016/J.REGG.2021.02.008. 5. Lesende IM, Iturbe AG, Pavón JG, Cortés JJB, Soler PA. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Atención Primaria. 2010;42(7):388-393. doi:10.1016/J.APRIM.2009.09.022. 6. Wei K, Nyunt MSZ, Gao Q, Wee SL, Ng TP. Frailty and Malnutrition: Related and Distinct Syndrome Prevalence and Association among Community-Dwelling Older Adults: Singapore Longitudinal Ageing Studies. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(12):1019-1028. doi:10.1016/J.JAMDA.2017.06.017. 7. Moradell A, Fernández-García ÁI, Navarrete-Villanueva D, et al. Functional frailty, dietary intake, and risk of malnutrition. Are nutrients involved in muscle synthesis the key for frailty prevention? *Nutrients.* 2021;13(4):1231. doi:10.3390/NU13041231/S18. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr.* 2021;40(7):4745-4761. doi:10.1016/J.CLNU.2021.03.031. 9. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(1):49-64. doi:10.1016/J.CLNU.2016.09.004. 10. Navarrete-Villanueva D, Gómez-Cabello A, Marín-Puyalto J, Moreno LA, Vicente-Rodríguez G, Casajús JA. Frailty and Physical Fitness in Elderly People: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med.* 2021;51(1):143-160. doi:10.1007/S40279-020-01361-1. 11. Rodríguez-Gutiérrez S, Alarcón-Rivera M, Concha-Cisternas Y, Valdés-Badilla P, Guzmán-Muñoz E. Asociación entre la condición física y calidad de vida con la fragilidad en personas mayores. *Rev Cub Med Mil.* 2022;51(2). Accessed November 7, 2023. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200017#B30. 12. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Fragilidad en el anciano. *Tratado Med geriátrica Fundam la atención Sanit a los mayores*, 2020, ISBN 978-84-9113-298-1, págs 671-688. Published online 2020:671-688. Accessed November 2, 2023. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8995899>. 13. Casas Herrero Á, Cadore EL, Martínez Velilla N, Izquierdo Redin M. Physical exercise in the frail elderly: an update. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(2):74-81. doi:10.1016/J.REGG.2014.07.003. 14. Lic. Real C, Dra. Peralta L, Lic. Real C, Dra. Peralta L. Todos los caminos conducen a la pérdida de masa muscular: desnutrición, fragilidad, sarcopenia y caquexia. *Diaeta.* 2021;39(174):45-58. Accessed November 2, 2023. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372021000100045&lng=es&nrm=iso&tlng=es. 15. Viladrosa M, Casanova C, Ghiorghies AC, Jürschik P. El ejercicio físico y su efectividad sobre la condición física en personas mayores frágiles. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52(6):332-341. doi:10.1016/J.REGG.2017.05.009

PERFIL DEL FACULTATIVO

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

1. GÉNERO

Femenino Masculino Otro

2. NACIONALIDAD

Española
Otros países de la UE
Europea no perteneciente a la UE
Latinoamericana
Otra. Especificar:
.....

3. EDAD

..... (años)

4. PROVINCIA DONDE EJERCE

.....

5. ÁMBITO

Público Privado Ambos

6. TIPO DE CENTRO DONDE VISITA

Centro de salud
Hospital
Consulta privada
Centro geriátrico
Otro. Especificar:
.....

7. ESPECIALIDAD

Atención Primaria	Nutricionista
Geriatría	Enfermería de Nutrición
Medicina Interna	Dietista
Endocrinología y Nutrición	Oncología

Otras. Especificar:
.....

8. AÑOS DE EJERCICIO

..... (años)

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

Pérdida de peso (delgadez)

Pérdida de grasa y masa muscular

Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)

Cabello y piel secos

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía y fatiga

Dificultad para concentrarse

Aspecto pálido

Irritabilidad

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si

No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si

No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:
Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

- FontActiv Forte
- FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

- Desnutrición proteica
- Desnutrición calórica
- Desnutrición proteico-calórica
- Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados
- Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento
- Restricción hídrica
- Alteraciones mecánicas de la deglución
- Anorexia y pérdida de peso
- Fragilidad
- Caquexia o sarcopenia
- Enfermedad oncológica
- Enfermedades neurológicas
- Paciente geriátrico
- Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía
- Paciente quemado
- Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)
- Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

Tras los primeros síntomas

Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo

Tras el diagnóstico de desnutrición

Como adyuvante a otro tipo de tratamiento
(especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?



PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

- Pérdida de peso (delgadez)
- Pérdida de grasa y masa muscular
- Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)
- Cabello y piel secos
- Cicatrización retrasada de heridas
- Falta de energía y fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Aspecto pálido
- Irritabilidad
- Depresión y apatía
- Mareos
- Frío permanente
- Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

Tras los primeros síntomas

Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo

Tras el diagnóstico de desnutrición

Como adyuvante a otro tipo de tratamiento
(especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?



PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

Pérdida de peso (delgadez)

Pérdida de grasa y masa muscular

Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)

Cabello y piel secos

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía y fatiga

Dificultad para concentrarse

Aspecto pálido

Irritabilidad

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
- Tras el diagnóstico de desnutrición
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

- De 2 a 4 semanas
- De 1 a 3 meses
- Más de 3 meses
- Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

- Seguimiento a la medicación
- Apoyo psicológico
- Asesoramiento dietético
- Monitoreo regular por AP
- Programas de ejercicios
- Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?



PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

- Pérdida de peso (delgadez)
- Pérdida de grasa y masa muscular
- Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)
- Cabello y piel secos
- Cicatrización retrasada de heridas
- Falta de energía y fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Aspecto pálido
- Irritabilidad
- Depresión y apatía
- Mareos
- Frío permanente
- Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
- Tras el diagnóstico de desnutrición
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

- De 2 a 4 semanas
- De 1 a 3 meses
- Más de 3 meses
- Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

- Seguimiento a la medicación
- Apoyo psicológico
- Asesoramiento dietético
- Monitoreo regular por AP
- Programas de ejercicios
- Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?



PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

Pérdida de peso (delgadez)

Pérdida de grasa y masa muscular

Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)

Cabello y piel secos

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía y fatiga

Dificultad para concentrarse

Aspecto pálido

Irritabilidad

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

Tras los primeros síntomas

Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo

Tras el diagnóstico de desnutrición

Como adyuvante a otro tipo de tratamiento
(especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?

↓

PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

Pérdida de peso (delgadez)

Pérdida de grasa y masa muscular

Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)

Cabello y piel secos

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía y fatiga

Dificultad para concentrarse

Aspecto pálido

Irritabilidad

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

Tras los primeros síntomas

Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo

Tras el diagnóstico de desnutrición

Como adyuvante a otro tipo de tratamiento
(especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?



PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

- Pérdida de peso (delgadez)
- Pérdida de grasa y masa muscular
- Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)
- Cabello y piel secos
- Cicatrización retrasada de heridas
- Falta de energía y fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Aspecto pálido
- Irritabilidad
- Depresión y apatía
- Mareos
- Frío permanente
- Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
- Tras el diagnóstico de desnutrición
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

- De 2 a 4 semanas
- De 1 a 3 meses
- Más de 3 meses
- Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

- Seguimiento a la medicación
- Apoyo psicológico
- Asesoramiento dietético
- Monitoreo regular por AP
- Programas de ejercicios
- Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?



PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

- Pérdida de peso (delgadez)
- Pérdida de grasa y masa muscular
- Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)
- Cabello y piel secos
- Cicatrización retrasada de heridas
- Falta de energía y fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Aspecto pálido
- Irritabilidad
- Depresión y apatía
- Mareos
- Frío permanente
- Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

Tras los primeros síntomas

Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo

Tras el diagnóstico de desnutrición

Como adyuvante a otro tipo de tratamiento
(especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?



PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

Pérdida de peso (delgadez)

Pérdida de grasa y masa muscular

Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)

Cabello y piel secos

Cicatrización retrasada de heridas

Falta de energía y fatiga

Dificultad para concentrarse

Aspecto pálido

Irritabilidad

Depresión y apatía

Mareos

Frío permanente

Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

Tras los primeros síntomas

Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo

Tras el diagnóstico de desnutrición

Como adyuvante a otro tipo de tratamiento
(especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

De 2 a 4 semanas

Más de 3 meses

De 1 a 3 meses

Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

Seguimiento a la medicación

Monitoreo regular por AP

Apoyo psicológico

Programas de ejercicios

Asesoramiento dietético

Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?



PERFIL DEL PACIENTE

A. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE CON RIESGO DE FRAGILIDAD O FRAGILIDAD ESTABLECIDA

1. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1 EDAD

..... (años)

1.2 GÉNERO

Femenino Masculino Otro

1.3 TIPO DE PACIENTE

Paciente hospitalizado o en unidades de recuperación funcional

Paciente en institución geriátrica o residencia

Paciente que vive solo en su domicilio

1.4 NIVEL DE DEPENDENCIA



2. ESTADO DE SALUD

2.1 ¿PRESENTA ENFERMEDADES CRÓNICAS? Puede marcar más de una opción.

Enfermedad osteoarticular

Cáncer

Cardiovascular

Respiratorias (EPOC, etc.)

Digestivas

Otras. Especificar:

.....

2.2 ¿ESTÁ POLIMEDICADO?

Si

No

3. SÍNTOMAS

3.1 ¿CUÁL FUE EL PRIMER Y PRINCIPAL SÍNTOMA O CAMBIO EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE NOTÓ INDICATIVOS DE FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

3.2 EN LA ACTUALIDAD ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA A CAUSA DE SU FRAGILIDAD?

Puede indicar más de una opción.

Pérdida de peso no intencional de 5 o más kilos en un año (o del 5% del peso total)

Debilidad muscular

Cansancio o baja resistencia a pequeños esfuerzos

Lentitud de la marcha

Otros síntomas. Especificar:

.....

4. FACTORES DE RIESGO DE LA FRAGILIDAD: MARQUE SI O NO SI HA TENIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

	Sí	No
Caída		
Hospitalización		
Enfermedad grave		
Estrés psicológico		
Ansiedad		
Depresión moderada-grave		
Decaimiento		

5. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

5.1 ¿QUÉ ESFERAS DE LA VIDA DEL PACIENTE SE VEN AFECTADAS POR SU ESTADO DE FRAGILIDAD?

Puede marcar más de una opción.

Desarrollo actividades del día a día	Necesita ayuda para caminar o moverse
	Necesita ayuda para comer
	Necesita ayuda para controlar esfínteres
	Necesita ayuda para asearse
	Necesita ayuda para vestirse
Desarrollo actividades instrumentales	Necesita ayuda para tomar decisiones
	Necesita ayuda para la resolución de problemas
Otros. Especificar:	.....

5.2 INDIQUE EN LA SIGUIENTE ESCALA EL GRADO DE AUTONOMÍA GLOBAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES BÁSICAS (por ejemplo, vestirse, comer, lavarse, caminar...), siendo 0 “no necesita ninguna ayuda” y 10 “necesita ayuda permanente”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 ¿PRESENTA DOLORES LEVES-MODERADOS?

Si No

B. FRAGILIDAD Y RIESGO NUTRICIONAL

1. ESTADO NUTRICIONAL

1.1 EL ESTADO NUTRICIONAL HACE REFERENCIA AL GRADO EN QUE LA ALIMENTACIÓN CUBRE LAS NECESIDADES DEL ORGANISMO. VALORE DE 0 A 10 EL ESTADO NUTRICIONAL, SIENDO 0 “deficiencias nutricionales” y 10 “requerimientos nutricionales cubiertos”). Haga una cruz debajo del número escogido.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL:

2.1 ¿HA EXPERIMENTADO SU PACIENTE UN CAMBIO DE PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?

No ha experimentado ningún cambio

Si, ha ganado peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

Si, ha perdido peso 0-3 kg 3-5kg 5-10kg +10kg

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

3.1 ¿HA DEJADO SU PACIENTE DE CONSUMIR ALGÚN ALIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especifíquelo, por favor:

.....

3.2 ¿MANIFIESTA EL PACIENTE QUE COME EN MENOR CANTIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar la causa:
Puede marcar más de una opción.

Falta de apetito Dificultades de masticación y/o deglución

Problemas digestivos Otras. Especificar

.....

4. SÍNTOMAS:

4.1 ¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE QUE SON INDICATIVOS DE LA DESNUTRICIÓN DE SU PACIENTE?

Puede marcar más de una opción.

- Pérdida de peso (delgadez)
- Pérdida de grasa y masa muscular
- Mejillas y ojos hundidos (aspecto demacrado)
- Cabello y piel secos
- Cicatrización retrasada de heridas
- Falta de energía y fatiga
- Dificultad para concentrarse
- Aspecto pálido
- Irritabilidad
- Depresión y apatía
- Mareos
- Frío permanente
- Otros síntomas. Especificar:

.....

5. SUPLEMENTACIÓN NUTRICIONAL:

5.1 ¿EL PACIENTE TOMA SUPLEMENTOS NUTRICIONALES FONTACTIV?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, indicar cual:



C. FRAGILIDAD Y CONDICIÓN FÍSICA

1. EJERCICIO FÍSICO:

1.1 REALIZA EL PACIENTE ALGÚN EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA?

Si No

En el caso de respuesta **afirmativa**, especificar la frecuencia, por favor:



1.2 INDICAR EL TIPO DE EJERCICIO QUE REALIZA



1.3 ¿INDIQUE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RESPECTO AL ÚLTIMO AÑO?



2. CONDICIÓN FÍSICA Y FUNCIONAL

2.1 CALIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Siendo MM muy mala, M mala, A aceptable, B buena, MB muy buena

	MM	M	A	B	MB
Condición física general					
Fuerza muscular					
Velocidad/Agilidad					
Flexibilidad					
Equilibrio					

3. APOYO PROFESIONAL

3.1 ¿HA RECIBIDO EL PACIENTE LA AYUDA DE UN FISIOTERAPEUTA O ENTRENADOR PARA MEJORAR SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.2 ¿LE HA PRESCRITO AL PACIENTE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DE ACTIVIDADES O ENTRENAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA SU CONDICIÓN FÍSICA?

Si No

3.3 ¿USA EL PACIENTE EL PROGRAMA DE EJERCICIOS VIVIFRIL?

Si No

D. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. PRODUCTO RECOMENDADO:

FontActiv Forte

FontActiv Vital

2. MOTIVO DE LA RECOMENDACIÓN:

Puede marcar más de una opción

Desnutrición proteica

Desnutrición calórica

Desnutrición proteico-calórica

Situaciones de requerimientos proteicos y calóricos elevados

Dificultad para terminar la dieta oral prescrita y para mejorar el cumplimiento

Restricción hídrica

Alteraciones mecánicas de la deglución

Anorexia y pérdida de peso

Fragilidad

Caquexia o sarcopenia

Enfermedad oncológica

Enfermedades neurológicas

Paciente geriátrico

Enfermedades crónicas como: EPOC o cardiopatía

Paciente quemado

Pre y poscirugía (soporte nutricional durante convalecencia)

Otra. Especificar:

3. MOMENTO DE LA RECOMENDACIÓN:

- Tras los primeros síntomas
- Tras no respuesta a tratamiento o suplemento previo
- Tras el diagnóstico de desnutrición
- Como adyuvante a otro tipo de tratamiento (especificar en la línea inferior)

.....

4. ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE UTILIZA UN DIETA COMPLETA DE ESTE TIPO?

Si No En caso **negativo**, indicar el tratamiento previo

5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Valore del 1 al 5 la adherencia del paciente al tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

6. GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO POR PARTE DEL ESPECIALISTA

Valore del 1 al 5 su satisfacción con el tratamiento, siendo 1 muy buena y 5 muy mala

1	2	3	4	5

7. VALORE DEL 1 AL 5 EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL POR PARTE DEL PACIENTE EN FUNCIÓN DE LOS SIGUIENTES PARÁMETROS (siendo 1 muy bueno y 5 muy malo)

	1	2	3	4	5
Tolerabilidad					
Sabor y textura					
Posología					
Duración del tratamiento					

8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO RECOMENDADO:

- De 2 a 4 semanas Más de 3 meses
- De 1 a 3 meses Indefinido

9. OTRAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS CONCOMITANTES RECOMENDADOS AL PACIENTE:

- Seguimiento a la medicación Monitoreo regular por AP
- Apoyo psicológico Programas de ejercicios
- Asesoramiento dietético Rehabilitación

10. ¿CADA CUANTO REALIZA CONTROL DEL PACIENTE?





FontActiv[®]



www.fontactiv.es

ordesawebprofesionales@ordesalab.com

Material dirigido a profesional de la salud