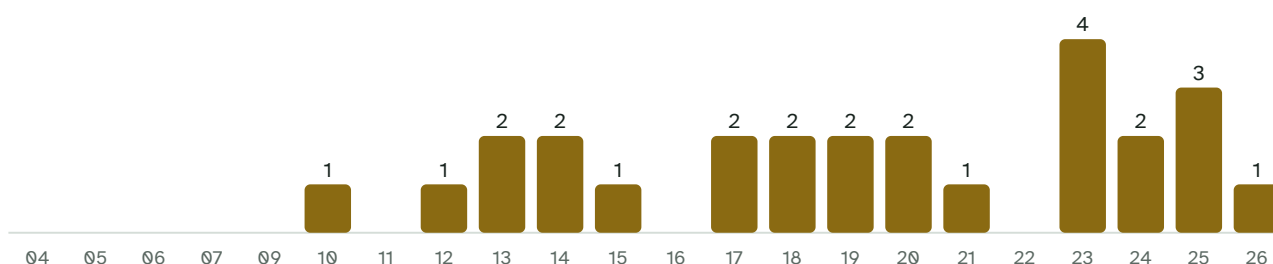


Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos (fragilidad, sarcopenia, caídas, delirium, incontinencia, inmovilidad, disfagia, deshidratación, yatrogenia) son el bloque de Geriatria que más cae en el EIR. En los últimos años el examen se ha centrado en el documento de consenso del Ministerio de Sanidad sobre fragilidad y caídas (población diana, Barthel, SPPB, velocidad de la marcha, FRAIL) y en el consenso europeo de sarcopenia (EWGSOP2); las preguntas antiguas insisten en el síndrome confusional agudo, los tipos de incontinencia y las complicaciones de la inmovilidad. El consenso del Ministerio se ha actualizado dos veces (2022 y 2026): cuando un punto de corte ha cambiado, se dan los dos.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



26 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Delirium: características clínicas (inicio agudo, fluctuación, inversión sueño-vigilia, ideas delirantes no estructuradas) (4 exámenes)
- Consenso de fragilidad: captación en ≥ 70 años con Barthel ≥ 90 (3 exámenes)
- SPPB en la detección de fragilidad (2 exámenes)
- MECV-V: signos de alteración de la seguridad (tos, voz húmeda, desaturación $\geq 3\%$) (2 exámenes)
- Incontinencia urinaria funcional: barreras ambientales (causa y primera medida) (2 exámenes)
- Fragilidad: concepto (menor reserva fisiológica, predisposición a discapacidad) (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	7
1. Síndromes geriátricos y concepto de fragilidad	9
2. Detección precoz de la fragilidad en Atención Primaria: el consenso del Ministerio	13
3. Sarcopenia	18
4. Caídas	24
5. Delirium (síndrome confusional agudo) y depresión en el anciano	31
6. Disfagia orofaríngea: el método MECV-V	36
7. Incontinencia urinaria	38
8. Inmovilidad y deshidratación	41
9. Fármacos en el anciano: criterios STOPP/START y adherencia	44
Todas las preguntas del tema (28)	46
Preguntas que también podrían ser de este tema (22)	55
Solucionario	62
Fuentes	64

Resumen para repasar

1. Síndromes geriátricos y concepto de fragilidad

- Síndromes geriátricos: cuadros frecuentes en el anciano, originados por la suma de enfermedades, que causan **incapacidad funcional o social**; son los «**gigantes de la geriatría**» (las «íes» de Kane) ^{F6}.
- Fragilidad: estado de **pre-discapacidad** con **disminución de la reserva homeostática** y más vulnerabilidad a estresores de baja intensidad; **predispone** a eventos adversos ^{F1}. Para la OMS, **menos reservas de capacidad intrínseca** ^{F2}.
- No es sinónimo de discapacidad: el **23-26 %** de los frágiles no tiene discapacidad ni comorbilidad; más en **mujeres** (2:1); prevalencia del **18 %** (metaanálisis de ADVANTAGE) ^{F1,F2,F3}.
- **No es inherente al envejecimiento**: es **potencialmente reversible, incluso de forma espontánea**; intervenir es costo-efectivo, lo **multifactorial** supera a lo individual y hace falta **perspectiva de género** ^{F2,F3}.
- Fried: **≥3 de 5** criterios = frágil (1-2 prefrágil): pérdida de peso **≥10 libras** o 5 %, debilidad (agarre), agotamiento, lentitud de la marcha y baja actividad física ^{F4}.
- FRAIL: **F**atigabilidad, **R**esistencia, **A**mbulación, **I**llness (comorbilidad), **L**oss of weight; original 3-5 frágil, el Ministerio usa **≥1** desde 2022 ^{F5,F2}.

2. Detección precoz de la fragilidad en Atención Primaria: el consenso del Ministerio

- Consenso del Ministerio: 2014, actualizado en 2022 y en **2026 (vigente)**; mantiene los cortes que caen ^{F1,F3}.
- Población diana: **≥70 años**, detección **oportunista** (y activa) en **Atención Primaria** y entorno comunitario; la capta de elección **enfermería** ^{F1,F2}.
- Barthel (autorreferido en 2014): **≥90 entra** en el programa; **<90 no entra** (dependencia moderada, grave o total) ^{F1,F2}.
- Pruebas preferentes: **SPPB** (2014) y, desde 2022, **SPPB y velocidad de la marcha al mismo nivel**; TUG y FRAIL, otras opciones ^{F1,F2}.
- SPPB: equilibrio, marcha y 5 levantadas; **0-12; <10 = fragilidad, riesgo de discapacidad y de caídas** ^{F1,F2}.
- Velocidad de la marcha sobre 4 m: **<0,8 m/s** = alta probabilidad de fragilidad; es la prueba de limitación funcional más usada y componente de Fried ^{F1,F2}. IANA (2008): la VM **podría ser el instrumento más adecuado** para evaluar a los mayores, medida de fragilidad ^{F36}.
- Algoritmo vigente: **SPPB <10, TUG >12 s, VM <0,8 m/s o FRAIL ≥1**; se confirma con Fried, FTS-5 o Índice de Fragilidad ^{F2,F3}.
- Intervención vigente (2026): **ejercicio multicomponente**, nutrición, **revisión de la medicación y riesgos del hogar**; seguimiento según el grupo de riesgo (bajo anual, medio ~6 meses, alto 3-6, muy alto 1-3) ^{F2,F3}.

3. Sarcopenia

- EWGSOP2: la **fuerza** es el parámetro principal. Fuerza baja = **probable**; + masa baja = **confirmada**; + rendimiento bajo = **severa** ^{F7}.
- Algoritmo **F-A-C-S**: SARC-F (encontrar casos) → agarre o levantarse de la silla → DXA/BIA → velocidad de la marcha ^{F7}.
- Cribado en práctica clínica (tabla 2): **SARC-F** y **herramienta de Ishii (edad, fuerza de agarre y circunferencia de la pantorrilla)** ^{F7,F10}.
- Cortes: agarre **<27 kg (H) / <16 kg (M)**; ASM **<20 / <15 kg**; marcha **≤0,8 m/s** ^{F7}.
- Patrón oro no invasivo de masa muscular: **RM y TC**; la BIA solo la estima ^{F7}.
- Primaria = **relacionada con la edad**; secundaria = enfermedad, inactividad o nutrición. EWGSOP1: **tres estadios** (presarcopenia, sarcopenia, grave) ^{F7,F8}.
- Calidad de vida: **SarQoL** ^{F7}. GLIS 2024 (**Delphi**): componentes **masa, fuerza y fuerza específica**; el rendimiento físico es consecuencia ^{F9}.
- Células senescentes: el **SASP** causa **inflamación crónica** que impulsa la sarcopenia; se eliminan con **senolíticos**; mTOR regula el SASP ^{F11}.

4. Caídas

- Se caen al año el **30 % de los mayores de 65** y el **50 % de los mayores de 80** (2014); el 20-30 % de los que caen sufren lesiones moderadas-graves (OMS) ^{F1,F13}.
- Los factores **intrínsecos** son los más importantes (en el frágil predominan); caminar es la actividad más frecuente; **bajar** escaleras es más peligroso que subir ^{F12}.
- Intervención multifactorial: **actividad física + revisión de medicación + riesgos del hogar** (2026 añade nutrición) ^{F1,F3}.
- Cribado vigente (2026): **¿se ha caído en 12 meses?, ¿se siente inestable?, ¿le preocupa caerse?**, más criterios de gravedad; **sin pruebas de ejecución** ^{F3}.
- Hogar: **fijar las alfombras con superficie antideslizante**, alfombrilla antideslizante en bañera o ducha, lo de uso frecuente **a la altura de la cintura** ^{F3}.
- Antidepresivos y otros psicofármacos aumentan las caídas; la **trazodona** da somnolencia, mareo e hipotensión ortostática, más en ancianos: **prevenir caídas y avisar al prescriptor** ^{F3,F17}.
- TUG (levantarse, andar 3 m y volver): **≤10 s** normal; **≥20 s** **alto riesgo de caídas** ^{F1,F12}.
- Tinetti (equilibrio y marcha, 28 puntos): **>24** bajo riesgo, **19-24** riesgo, **<19** riesgo elevado ^{F12,F16}.
- Downton: caídas previas, medicación, déficit sensorial, estado mental y deambulación; **>2 = alto riesgo; no valora el entorno** ^{F14}. La Guía FASE (2017) recoge la recomendación de NICE de no usar escalas de predicción de caídas en el hospital ^{F37}; la guía NICE vigente (2025) dice no usarlas para predecir el riesgo ^{F40}.

5. Delirium (síndrome confusional agudo) y depresión en el anciano

- Delirium: causa **orgánica, inicio agudo, curso fluctuante** a lo largo del día, alteración de **conciencia y atención**; urgencia médica ^{F18}.
- **Inversión del ciclo sueño-vigilia** con empeoramiento nocturno; alucinaciones **visuales**; ideas delirantes **poco sistematizadas** (sistematizadas = psicosis); hipoactivo frecuente en ancianos ^{F18}.
- Mortalidad hospitalaria 11-41 %; **habitualmente reversible**, pero puede durar más y dejar secuelas ^{F18,F19}.
- La demencia es factor de riesgo, pero **no se diagnostica demencia durante un cuadro confusional** ^{F19}.
- Prevención: habitación iluminada, reloj y calendario, **gafas y audífono**, acompañante, **no compartir habitación con otro paciente delirante**, evitar sujeciones y cambios de habitación ^{F18,F20}.
- Depresión del anciano: **síntomas somáticos, deterioro cognitivo** asociado, sin criterios específicos por edad; **Yesavage = cribado**; **pseudodemencia depresiva** ^{F21,F22}.

6. Disfagia orofaríngea: el método MECV-V

- MECV-V (Hospital de Mataró): bolos de **5, 10 y 20 ml**, en orden **néctar → líquido → pudding**; si positivo, videofluoroscopia ^{F23,F24}.
- Seguridad: **tos, cambio de voz y desaturación ≥ 3 %**; eficacia: sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo ^{F24,F25}.
- Signo de seguridad en néctar o líquido → **se pasa a pudding**; si reaparece, **termina la prueba** ^{F23,F25}.

7. Incontinencia urinaria

- La IU **no es normal** en el envejecimiento: 10-15 % en la comunidad y 50-60 % en instituciones ^{F26}.
- Continencia: tracto urinario inferior, motivación, cognición, **movilidad y sin barreras ambientales** ^{F26,F27}.
- Urgencia = **inestabilidad del detrusor** (la más común); esfuerzo = suelo pélvico o prostatectomía; **rebosamiento = obstrucción o vejiga átona**; **funcional = barreras ambientales**, demencia o incapacidad física ^{F26,F27}.
- IU funcional: primero **eliminar barreras** y facilitar el acceso al retrete (cuidados de enfermería); terapias de conducta si no mejora ^{F26,F27}.
- **Entrenamiento vesical**: para personas **motivadas, sin deterioro cognitivo ni físico**; los programas de micción son para quienes dependen de un cuidador ^{F27,F28}.

8. Inmovilidad y deshidratación

- Inmovilidad: síndrome **reversible y prevenible**; complicaciones: TVP, **osteoporosis, atelectasias**, cálculos e ITU, úlceras y **pérdida de nitrógeno (catabolismo)** ^{F29,F30}.
- Rehabilitación individualizada que **potencia la autonomía**; la **sobreprotección** es yatrogénica ^{F29}.
- Deshidratación: menos agua corporal (**más grasa, menos masa magra**), **menos sed**, menos angiotensina y peor concentración renal ^{F31,F32}.
- Necesidades: 1-1,5 ml/kcal (2.000-2.500 ml/día); **vómitos o diarreas: +600 ml/día** ^{F32}.

9. Fármacos en el anciano: criterios STOPP/START y adherencia

- **STOPP** = medicación potencialmente inapropiada; **START** = omisiones de prescripción; versión 3 (2023) con 190 criterios ^{F33}.
- Tienen **implicaciones económicas** (coste de omisiones y de prescripción inapropiada) y detectan más reacciones adversas que Beers ^{F34}.
- Adherencia: **explicar beneficios y efectos adversos** y qué hacer si aparecen ^{F35}.

Puntos clave

- 1 Fragilidad: estado de pre-discapacidad con menor reserva fisiológica y mayor vulnerabilidad a estresores; potencialmente reversible, incluso de forma espontánea ^{F1,F2}.
- 2 Fried: frágil con ≥ 3 de 5 criterios (pérdida de peso ≥ 10 libras/5 %, debilidad, agotamiento, lentitud, baja actividad); 1-2 prefrágil ^{F4}.
- 3 FRAIL: fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso; el Ministerio usa FRAIL ≥ 1 como sospecha desde 2022 ^{F2,F5}.
- 4 Consenso del Ministerio: ≥ 70 años y Barthel ≥ 90 entran en el programa; Barthel < 90 no ^{F1,F2,F3}.
- 5 SPPB (0-12) < 10 indica fragilidad y riesgo de discapacidad y caídas; SPPB y velocidad de la marcha $< 0,8$ m/s son las pruebas preferentes desde 2022 ^{F2,F3}.
- 6 EWGSOP2: fuerza baja = probable; + masa baja = confirmada; + rendimiento bajo = severa. Cribado con SARC-F; RM y TC son el patrón oro de masa muscular ^{F7}.
- 7 GLIS 2024 (Delphi): la sarcopenia se compone de masa, fuerza y fuerza específica; el rendimiento físico es consecuencia ^{F9}.
- 8 Caídas: 30 % de mayores de 65 y 50 % de mayores de 80 al año; los factores intrínsecos son los más importantes ^{F1,F12}.
- 9 Intervención multifactorial en caídas: actividad física, revisión de medicación y riesgos del hogar ^{F1}.
- 10 TUG ≥ 20 s = alto riesgo de caídas; Tinetti < 19 alto riesgo; Downton > 2 alto riesgo y no valora el entorno ^{F1,F12,F14}.
- 11 Delirium: inicio agudo, curso fluctuante, alteración de conciencia y atención, inversión del sueño, delirios poco sistematizados; no implica demencia ^{F18,F19}.
- 12 MECV-V: néctar $\rightarrow$ líquido $\rightarrow$ pudding con 5, 10 y 20 ml; seguridad = tos, cambio de voz, desaturación ≥ 3 % ^{F23,F24}.
- 13 IU funcional: por barreras ambientales o incapacidad para llegar al retrete; se empieza por el entorno y los cuidados; rebosamiento por obstrucción o vejiga átona ^{F26,F27}.

- 14** Inmovilidad: catabolismo proteico, osteoporosis, atelectasias, TVP, úlceras; rehabilitar potenciando la autonomía **F29,F30**.
- 15** Deshidratación: menos agua corporal (más grasa, menos masa magra), menos sed; +600 ml/día con vómitos o diarreas **F31,F32**.
- 16** STOPP = medicación inapropiada; START = omisiones; tienen implicaciones económicas **F33,F34**.

1. Síndromes geriátricos y concepto de fragilidad

Los **síndromes geriátricos** son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos, que son el frecuente origen de **incapacidad funcional o social**. Son la manifestación de muchas enfermedades, pero también el principio de muchos otros problemas, y pueden generar más morbilidad que la propia enfermedad que los produce (por ejemplo, la inmovilidad tras un ictus y las úlceras por presión que aparecen sin una buena prevención). Se conocen como los **«gigantes de la geriatría»** y a menudo se achacan, erróneamente, al propio envejecimiento ^{F6}.

- Lista clásica de Kane (1989), la regla de las «ies» ^{F6}: **in**movilidad; **in**estabilidad y caídas; **in**continencia urinaria y fecal; deterioro **in**telectual (demencia y síndrome confusional agudo); **in**fecciones; desnutrición (*inanition*); alteraciones de vista y oído; estreñimiento e **in**impactación fecal (*irritable colon*); aislamiento (depresión) e **in**sonnio; **in**atrogenia; inmunodeficiencias; impotencia o alteraciones sexuales.

Fragilidad. El consenso del Ministerio de 2014 la define como un **estado de pre-discapacidad**, «de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente», que se centra en la funcionalidad y no en el diagnóstico de enfermedad ^{F1}. Su núcleo es un **incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad**, producido por una alteración en múltiples sistemas interrelacionados, que conduce a una **disminución de la reserva homeostática** y de la capacidad de adaptación del organismo y lo **predispone a eventos adversos de salud** ^{F1}. La definición de la OMS adoptada en la Acción Conjunta ADVANTAGE (recogida en las actualizaciones de 2022 y 2026) habla del deterioro progresivo relacionado con la edad de los sistemas fisiológicos que provoca una **disminución de las reservas de la capacidad intrínseca**, con mayor vulnerabilidad a los estresores y más riesgo de resultados adversos ^{F2,F3}.

- Fragilidad **no es sinónimo** de discapacidad ni de comorbilidad: entre un **23 % y un 26 %** de los mayores frágiles no presentan discapacidad ni comorbilidad ^{F1}. Para Fried, la comorbilidad es un factor de riesgo etiológico de la fragilidad y la **discapacidad es un resultado** de ella ^{F4}.
- Es un factor de riesgo independiente de institucionalización (riesgo relativo 2,54) y de muerte, y un potente predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de movilidad y enfermedad cardiovascular ^{F1}.
- Se asocia a mayor edad, **sexo femenino**, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo ^{F1}. Es más frecuente en mujeres (razón aproximada 2:1) ^{F2}. Según un metaanálisis de la Acción Conjunta europea ADVANTAGE, la prevalencia es del **18 %** (12 % en estudios comunitarios y mucho más alta en ámbitos no comunitarios) ^{F3}.
- El consenso de 2022 insiste en que la fragilidad **es un estado previo a la discapacidad o dependencia** (por eso quien ya tiene dependencia moderada-grave va a otros programas) ^{F2}.

EIR 2014 · 166

P22 · respuesta en el solucionario

Fragilidad: concepto (menor reserva fisiológica, predisposición a discapacidad)

¿Con cuál de los siguientes parámetros se identifica el concepto de fragilidad en las personas mayores?

1. Menor reserva fisiológica.
2. Dependencia.
3. Edad avanzada.
4. Polifarmacia.
5. Incapacidad.

Fragilidad: concepto (menor reserva fisiológica, predisposición a discapacidad)

La fragilidad en las personas adultas mayores se considera como:

1. El estado previo a la discapacidad.
2. La consecuencia de la disfunción de un sistema.
3. La predisposición al desarrollo de discapacidades.
4. Un estado relacionado linealmente con la vejez que aumenta con la edad.
5. Un estado que cursa irremediamente con discapacidad.

¿«Estado previo» o «predisposición» a la discapacidad?

La respuesta de EIR2010-093 es **«la predisposición al desarrollo de discapacidades»** (respuesta reconstruida por un tercero, no oficial). Los documentos del Ministerio usan las dos ideas: en 2014, un estado «de riesgo de desarrollar nueva discapacidad» que «predispone a eventos adversos de salud» ^{F1}; en 2022 y 2026, además, «un estado previo a la discapacidad o dependencia» ^{F2,F3}. Con la redacción vigente, la opción «el estado previo a la discapacidad» también tiene apoyo literal; el examen de 2010 eligió la de la **predisposición**, que es la idea de riesgo. Lo que ninguna fuente sostiene es que la fragilidad aumente linealmente con la edad como algo inherente ni que curse irremediamente con discapacidad: es reversible ^{F2}.

La buena noticia es que la fragilidad **no es una entidad inherente al propio proceso de envejecimiento**, sino que es **potencialmente reversible, incluso de forma espontánea**, especialmente en estadios tempranos ^{F2,F3}. Es prevenible, tratable y reversible ^{F2}. Según la actualización de 2022, la intervención sobre la fragilidad se ha demostrado **efectiva y costo-efectiva para promover vidas más largas y saludables**; las **intervenciones multifactoriales son más efectivas que las individuales**; y su abordaje exige **tener presente una perspectiva de género** (los hombres viven menos años, pero con mejor calidad de vida que las mujeres) ^{F2}.

Fragilidad: potencialmente reversible

Sobre la Fragilidad en personas mayores es cierto que:

1. La Fragilidad no es una entidad inherente al propio proceso de envejecimiento, sino que es potencialmente reversible, incluso de forma espontánea.
2. La intervención sobre la Fragilidad no se ha demostrado costo-efectiva para alargar la vida, pero sí para hacerla más saludable.
3. Las intervenciones de carácter individual sobre la Fragilidad son más efectivas que las de carácter multifactorial.
4. Dadas sus características, el abordaje adecuado de la Fragilidad requiere superar la perspectiva de género y plantear una atención igualitaria tanto para mujeres como para hombres.

Fenotipo de fragilidad de Fried (2001). Síndrome clínico en el que se cumplen **tres o más** de cinco criterios; con **uno o dos** se habla de estadio intermedio o **prefrágil**, y con ninguno, de persona **robusta** ^{F4}. Es, junto con la Escala de Rasgos de Fragilidad (FTS-5) y el Índice de Fragilidad, una de las pruebas que el consenso de 2022 propone para **confirmar** el diagnóstico tras el cribado ^{F2}.

Criterio de Fried	Cómo se mide en el estudio original ^{F4}
Pérdida de peso no intencionada	≥ 10 libras (unos 4,5 kg) en el último año; en el seguimiento, ≥5 % del peso corporal en el año previo
Debilidad	Fuerza de prensión (dinamómetro) en el 20 % más bajo, ajustada por sexo e IMC
Baja energía y resistencia (agotamiento)	Agotamiento autorreferido
Lentitud de la marcha	El 20 % más lento en recorrer 15 pies (unos 4,5 m), ajustado por sexo y talla
Baja actividad física	Quintil más bajo de kilocalorías gastadas por semana (<383 kcal/semana en hombres, <270 en mujeres)

10 libras, no 10 kg

El criterio de pérdida de peso de Fried son **10 libras** (unos 4,5 kg) en el último año, o el **5 %** en el seguimiento. «10 kg o el 10 % del peso» **no** es un criterio de Fried ^{F4}.

EIR 2017 · 121

P19 · respuesta en el solucionario

Criterios de fragilidad de Fried

¿Cuál de los siguientes **NO** forma parte de los criterios propuestos por Fried et al. para definir el síndrome de fragilidad?:

1. Pérdida de peso no intencionada equivalente a 10 Kg, o bien 10% del peso corporal en el último año.
2. Lentitud en la marcha.
3. Grado de actividad física bajo.
4. Baja energía y resistencia.

Escala FRAIL (Morley, 2012). Cuestionario autorreferido de **5 preguntas**, una por dominio: **Fatigabilidad**, **Resistencia** (dificultad para subir 10 escalones sin descansar), **Ambulación/deambulación** (dificultad para caminar varios cientos de metros), **Illness/comorbilidad** (5 o más de 11 enfermedades) y **pérdida de peso** (*Loss of weight*, ≥5 % en 12 meses). Cada ítem vale 1 punto: **0 robusto**, **1-2 prefrágil**, **3-5 frágil** ^{F5}. El consenso de 2014 la traduce como «Fatigabilidad, Resistencia, Deambulación, Comorbilidad y Pérdida de Peso», no requiere dinamómetro y clasifica como frágiles a quienes suman 3-5 puntos ^{F1}. En las actualizaciones de 2022 y 2026 el Ministerio baja el corte a **FRAIL ≥1** como sospecha de fragilidad, porque el corte de 3 tiene baja sensibilidad en Atención Primaria ^{F2,F3}.

FRAIL

Fatiga · **R**esistencia (escaleras) · **A**mbulación (andar) · **I**llness (comorbilidad) · **L**oss of weight (pérdida de peso). Ni transferencias, ni autocuidado, ni adherencia.

EIR 2020 · 81

P38 · respuesta en el solucionario

Cuestionario FRAIL: dominios

¿Cuáles son los 5 dominios del cuestionario FRAIL?:

1. Fatigabilidad, Resistencia, Deambulaci3n, Comorbilidad y P3rdida de Peso.
2. Fatigabilidad, Transferencias, Deambulaci3n, Comorbilidad y P3rdida de Peso.
3. Fatigabilidad, Transferencias, Deambulaci3n, Comorbilidad y Autocuidado.
4. Fatigabilidad, Transferencias, Deambulaci3n, Adherencia al tratamiento farmacol3gico y Autocuidado.

2. Detección precoz de la fragilidad en Atención Primaria: el consenso del Ministerio

El **Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor** se aprobó en el Consejo Interterritorial en 2014, dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS ^{F1}. Se actualizó en **2022** ^{F2} y de nuevo en **2026** (aprobado por el Consejo Interterritorial el 9 de abril de 2026), que es el **vigente** y ya integra fragilidad y caídas ^{F3}. Los criterios que pregunta el EIR (≥ 70 años, Barthel ≥ 90 , SPPB < 10 , velocidad de la marcha $< 0,8$ m/s, FRAIL ≥ 1) se mantienen en 2026 ^{F3}.

Paso	Consenso 2014 ^{F1}	Actualizaciones 2022 y 2026 ^{F2,F3}
Población diana	Mayores de 70 años: detección oportunista organizada a quienes acuden al centro de salud por cualquier causa y detección activa en programas ya establecidos (crónicos, mayores)	Personas de 70 o más años ; captación de elección por enfermería en AP, oportunista o activa; 2026 añade la captación cuando acude tras una caída y pide el consentimiento para entrar en el programa
Ámbito	Atención Primaria y entorno comunitario , en coordinación con los recursos especializados geriátricos y hospitalarios oportunos	AP y ámbito comunitario o no sanitario (farmacias, centros de mayores), con derivación al centro de salud
Valoración inicial (ABVD)	Escala autorreferida de Barthel	Índice de Barthel
Entra en el programa	Barthel ≥ 90 → se hace el cribado de fragilidad	Barthel ≥ 90 → incluido en el programa
No entra	Barthel < 90 (dependencia moderada, grave o total): no se incluye, porque no se beneficiaría de la intervención para revertir la fragilidad	Barthel < 90 : no cumple criterios; se deriva a programas de atención a la morbilidad o la dependencia (2026: también se le valora el riesgo de caídas)

- Categorías del Barthel que usa el consenso (según Shah): dependencia escasa **91-99**, moderada **61-90**, severa **21-60**, total **0-20** ^{F2}. Ojo: un Barthel de **90** es «dependencia moderada» en esa escala y, aun así, **entra** en el programa, porque el criterio es ≥ 90 ^{F2}.
- El cribado lo hace **la enfermera** o, alternativamente, el médico de Atención Primaria, preferentemente en una **consulta programada** ^{F1}.



Lo que más cae

≥ 70 años + **Barthel ≥ 90** = entra en el programa de detección de fragilidad. Con **Barthel < 90** la persona **no** entra (ya tiene dependencia establecida) ^{F1,F2,F3}. «Barthel < 90 » nunca es criterio de captación para cribar fragilidad.

Consenso de fragilidad: captación en ≥ 70 años con Barthel ≥ 90

El documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, especifica y aborda propuestas de desarrollo.

Identifique la INCORRECTA:

1. Se trata de realizar una detección oportunista organizada a personas mayores de 70 años.
2. El ámbito de actuación es Atención Primaria y entorno comunitario, en coordinación con los recursos especializados geriátricos y hospitalarios oportunos.
3. Se realiza una valoración inicial de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante la escala autorreferida de Barthel.
4. En caso de que la persona obtenga una puntuación menor de 90 puntos en la escala autorreferida de Barthel, se procederá a realizar el cribado de fragilidad.

Consensus de fragilidad: captación en ≥ 70 años con Barthel ≥ 90

Cumple criterios de inclusión en el programa de detección precoz de fragilidad en el ámbito sanitario, según el consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor 2022 del Ministerio de Sanidad:

1. Persona ≥ 65 años y un Barthel 61-90 puntos.
2. Persona ≥ 70 años y un Barthel ≥ 90 puntos.
3. Persona ≥ 75 años y un Barthel 21-60 puntos.
4. Persona ≥ 80 años y un Barthel < 20 puntos.

Pruebas de cribado. En 2014, la prueba **preferente** era la prueba de ejecución **SPPB** (*Short Physical Performance Battery* o Prueba Corta de Desempeño Físico), validada y normalizada en nuestro medio; las alternativas eran el **TUG** y la **velocidad de la marcha** sobre 4 metros, y si el centro no tenía espacio, una escala autorreferida (**FRAIL** o **SHARE-FI**) ^{F1}. Desde 2022, las pruebas preferentes son **SPPB y velocidad de la marcha, al mismo nivel**; el TUG y la escala FRAIL quedan como «otras opciones» ^{F2,F3}. Las pruebas de ejecución son probablemente el mejor método para detectar fragilidad en Atención Primaria ^{F1}.

Prueba	2014: frágil si... ^{F1}	2022 y 2026: alta probabilidad de fragilidad si... ^{F2,F3}
SPPB (0-12 puntos)	<10 (prueba preferente)	<10 (preferente)
Velocidad de la marcha (4 m)	<0,8 m/s (alternativa)	<0,8 m/s (preferente, al mismo nivel que el SPPB)
Timed Up and Go (TUG)	≥ 20 s (alternativa)	>12 s (otra opción)
FRAIL	3-5 puntos (autorreferida, si no hay espacio)	≥ 1 (otra opción; en farmacias y centros comunitarios se administra directamente)

SPPB (test de Guralnik). Tres pruebas en este orden: **equilibrio** (pies juntos, semitándem y tándem), **velocidad de la marcha** (sobre 2,4 o 4 metros) y **levantarse y sentarse de una silla cinco veces**. Cada una puntúa de 0 a 4; el total va de **0 (peor) a 12**, y un cambio de 1 punto tiene significado clínico. **Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas** ^{F1,F2,F3}. Es el único de los test de ejecución del consenso diseñado específicamente para **predecir la discapacidad** ^{F1}. Sus tres pruebas son físicas (equilibrio, marcha y levantadas de la silla) ^{F2}.

EIR 2022 · 181

P33 · respuesta en el solucionario

SPPB en la detección de fragilidad

La valoración mediante el Short Physical Performance Battery (SPPB) a una persona mayor de 70 años con una puntuación por debajo de 10, indica todo lo siguiente EXCEPTO:

1. Fragilidad.
2. Elevado riesgo de discapacidad.
3. Riesgo de caídas.
4. Deterioro cognitivo.

EIR 2023 · 48

P10 · respuesta en el solucionario

SPPB en la detección de fragilidad

¿Cuál de las siguientes es una prueba de ejecución a utilizar de forma preferente para la detección precoz de fragilidad en la consulta de la enfermera de familia?:

1. Prueba Corta de Desempeño Físico o Short Physical Performance Battery (SPPB).
2. Prueba levántate y anda seriado o Test Get Up and Go.
3. Escala SHARE-FI.
4. Escala FRAIL.

Velocidad de la marcha (VM). Es la **prueba objetiva de evaluación de limitación funcional más frecuente en la bibliografía** y uno de los componentes del fenotipo de fragilidad de Fried ^{F1}. Idealmente se haría sobre 6 metros, pero la evidencia apoya hacerla sobre **4 metros** (o incluso 3 si falta espacio), y es la de 4 m la que el consenso mantiene ^{F3}. Los puntos de corte de riesgo suelen situarse **entre 1 y 0,8 m/s**, y **0,8 m/s** es el más extendido: por debajo de **0,8 m/s** hay alta probabilidad de fragilidad ^{F2,F3}. Un estudio español situó el mejor valor predictivo entre 0,8 y 0,9 m/s y propuso 0,8 por ser de uso más generalizado; en estudios de cohortes ha mostrado menor capacidad predictiva que el SPPB ^{F1}. Antes del consenso de 2014, el grupo de trabajo internacional IANA (2008) no pudo proponer una herramienta de consenso para evaluar la fragilidad, pero concluyó que la velocidad de la marcha podría ser **el instrumento más adecuado** para la investigación y la evaluación clínica de los mayores, porque la velocidad de la marcha a ritmo habitual es una **medida rápida, barata y muy fiable de la fragilidad** ^{F36}.

Velocidad de la marcha $<0,8$ m/s: fragilidad

Una prueba frecuente para valorar la capacidad y competencia física de las personas mayores es la valoración de la Velocidad de la Marcha (VM) sobre 4 metros, que predice, entre otros, el estado de fragilidad, cuando:

1. La velocidad de la marcha es superior a 1 metro por segundo.
2. La velocidad de la marcha es superior a $0,8$ metros por segundo.
3. La velocidad de la marcha es inferior a $0,8$ metros por segundo.
4. La velocidad de la marcha es inferior a 1 metro por segundo.

Velocidad de la marcha: principal indicador de fragilidad

¿Cuál es el principal indicador para diagnosticar la fragilidad en las personas mayores?:

1. Índice de masa corporal.
2. Eficiencia metabólica.
3. Comorbilidad.
4. Nivel de autonomía.
5. Velocidad en la marcha.

Resumen del algoritmo vigente: las personas con **SPPB <10 , TUG >12 s, VM $<0,8$ m/s o FRAIL ≥ 1** se consideran con **alta probabilidad de fragilidad**; con SPPB ≥ 10 , TUG ≤ 12 , VM $\geq 0,8$ o FRAIL = 0 , no frágiles ^{F2,F3}. El diagnóstico se confirma después con el fenotipo de Fried, la FTS-5 o el Índice de Fragilidad ^{F2}.

Consenso de fragilidad: captación en ≥ 70 años con Barthel ≥ 90

¿Qué criterio NO se considera válido para la captación activa, a personas de 70 o más años, según el documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor?:

1. Test de Barthel < 90 puntos.
2. Test de FRAIL ≥ 1 punto.
3. Prueba Corta de Desempeño Físico o Short Physical Performance Battery (SPPB) <10 puntos.
4. Velocidad de la Marcha sobre 4 metros $<0,8$ m/s.

Intervención. En 2022, la persona con alta probabilidad de fragilidad recibía un plan individualizado basado en una valoración geriátrica integral con al menos **ejercicio multicomponente, recomendaciones nutricionales y revisión de la medicación** ^{F2}. En el documento vigente (2026) el plan incluye al menos **cuatro** componentes: ejercicio físico multicomponente, recomendaciones nutricionales individualizadas (con suplementos y vitamina D si procede), revisión de la medicación y **valoración de riesgos en el hogar** ^{F3}.

- **Ejercicio físico multicomponente** (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular): la pauta de 2022 era de intensidad baja-moderada, en sesiones de **30-45 minutos, 3 veces por semana, durante al**

menos 8 semanas, preferentemente en el medio comunitario; programa de referencia: **VIVIFRAIL** ^{F2}.

- **Recomendaciones nutricionales:** dieta rica en proteínas; vitamina D (800-1.000 UI/día) si los niveles son <30 ng/ml ^{F2}.
- **Revisión de la medicación**, sobre todo si se toman **5 o más fármacos**, con herramientas como STOPP-START ^{F2}.
- **Seguimiento:** en 2022, alta probabilidad de fragilidad a los **6 meses** y no frágiles **cada año** ^{F2}. En 2026 se combinan fragilidad y riesgo de caídas en **cuatro grupos**: riesgo bajo, revisión **anual**; medio, en torno a los **6 meses**; alto, cada **3-6 meses**; muy alto, cada **1-3 meses** ^{F3}.

3. Sarcopenia

El consenso europeo revisado (EWGSOP2, 2019) define la sarcopenia como un **trastorno muscular esquelético progresivo y generalizado** asociado a mayor probabilidad de caídas, fracturas, discapacidad física y mortalidad; es una enfermedad muscular («fallo muscular») frecuente en mayores, pero puede aparecer antes ^{F7}. La gran novedad frente al primer consenso (EWGSOP1, 2010) es que la **fuerza muscular** pasa a ser el **parámetro principal**, porque predice los resultados adversos mejor que la masa ^{F7,F8}.

Grado (EWGSOP2)	Criterios ^{F7}
Sarcopenia probable	Baja fuerza muscular
Sarcopenia confirmada	Baja fuerza + baja cantidad o calidad de músculo
Sarcopenia severa (grave)	Baja fuerza + baja masa/calidad + bajo rendimiento físico

Algoritmo F-A-C-S (*Find-Assess-Confirm-Severity*) ^{F7}:

- **Find (encontrar casos)**: cuestionario **SARC-F** o sospecha clínica (caídas, debilidad, marcha lenta, dificultad para levantarse de una silla, pérdida de peso). El SARC-F tiene 5 ítems autorreferidos (fuerza, marcha, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas), sensibilidad baja-moderada y **especificidad muy alta**: detecta sobre todo los casos graves ^{F7}.
- **Assess (evaluar)**: **fuerza de prensión (agarre)** con dinamómetro o prueba de **levantarse de la silla** (*chair stand*: cinco levantadas sin usar los brazos) ^{F7}.
- **Confirm (confirmar)**: masa muscular con **DXA** o **BIA** en la práctica clínica; DXA, RM o TC en investigación y en atención especializada ^{F7}.
- **Severity (gravedad)**: rendimiento físico con **velocidad de la marcha**, SPPB, TUG o prueba de 400 m; la velocidad de la marcha es la que recomienda EWGSOP2 por comodidad y capacidad predictiva ^{F7}.

En la **tabla 2** de EWGSOP2, las herramientas de **cribado (case finding) en la práctica clínica** son el **cuestionario SARC-F** y la **herramienta de Ishii** (en investigación, solo el SARC-F) ^{F7}. La **herramienta de Ishii** estima la probabilidad de sarcopenia con una ecuación basada en **tres variables: edad, fuerza de agarre y circunferencia de la pantorrilla** ^{F7,F10}. Ishii la desarrolló como un **test de cribado sencillo** para detectar a mayores con alto riesgo de sarcopenia, con alta precisión (sensibilidad 84,9 % en hombres y 75,5 % en mujeres) ^{F10}.

Herramienta de cribado ISHII: variables

Señale la respuesta correcta respecto a la herramienta de cribado para la sarcopenia ISHII (Ishii screening tool):

1. La herramienta de cribado ISHII, no se encuentra entre las recomendadas por la EWGSOP2 para cribar la sarcopenia en la práctica clínica.
2. La herramienta de cribado ISHII está compuesta por tres variables: edad, fuerza de agarre y circunferencia de la pantorrilla.
3. La herramienta de cribado ISHII está compuesta por tres variables: sexo, fuerza de agarre y circunferencia del muslo.
4. La herramienta de cribado ISHII no sirve como herramienta de cribado temprano para sarcopenia.

EWGSOP2: cribado con SARC-F y fuerza de agarre

Según el Grupo Europeo de Trabajo en Sarcopenia en Personas Mayores 2 (EWGSOP2), ¿qué herramientas pueden ser utilizadas en la práctica clínica para el cribado de casos de sarcopenia?:

1. La fuerza de agarre y el test de velocidad de la marcha.
2. El cuestionario SARC-F y la fuerza de agarre.
3. La herramienta de cribado ISHII y el cuestionario SARC-F.
4. La fuerza de agarre y el test Sit-To-Stand.

¿Con qué se criba la sarcopenia?

La respuesta oficial de EIR2022-203 es **«el cuestionario SARC-F y la fuerza de agarre»**: es el primer tramo del algoritmo F-A-C-S que se aplica en la práctica clínica (el SARC-F encuentra el caso y la fuerza de agarre es la primera medida)^{F7}. Sin embargo, la tabla 2 de EWGSOP2 llama herramientas de cribado (*case finding*) en la práctica clínica al **SARC-F y a la herramienta de Ishii**, y coloca la fuerza de agarre en el paso de evaluación^{F7}. En el examen, si piden las herramientas para cribar en la práctica clínica «según EWGSOP2» junto con la fuerza de agarre, la esperada es SARC-F + fuerza de agarre.

Puntos de corte EWGSOP2 ^{F7}	Hombres	Mujeres
Fuerza de agarre	<27 kg	<16 kg
Levantarse de la silla (5 veces)	>15 s	>15 s
Masa muscular esquelética apendicular (ASM)	<20 kg	<15 kg
ASM/talla ²	<7,0 kg/m ²	<5,5 kg/m ² (fe de erratas de 2019; el original decía <6,0)

Puntos de corte EWGSOP2 ^{F7}	Hombres	Mujeres
Velocidad de la marcha	≤0,8 m/s	≤0,8 m/s
SPPB	≤8 puntos	≤8 puntos
TUG	≥20 s	≥20 s
Marcha de 400 m	No completarla o ≥6 min	No completarla o ≥6 min

Cómo se gradúa un caso práctico

Se miran los criterios por orden: fuerza baja → probable; + masa baja → **confirmada**; + rendimiento bajo (marcha ≤0,8 m/s) → severa ^{F7}. Un varón con agarre de **20 kg** (<27), ASM de **18 kg** (<20) y marcha de **0,9 m/s** (no ≤0,8) tiene **sarcopenia confirmada, no severa** ^{F7}. El enunciado de EIR2023-153 no dice el sexo: la respuesta oficial (confirmada) corresponde a los cortes del **varón**; con los de la mujer (agarre <16, ASM <15) esos valores no serían patológicos ^{F7}.

Medición de la masa muscular. La **resonancia magnética (RM)** y la **tomografía computarizada (TC)** se consideran el **patrón oro para la evaluación no invasiva** de la cantidad o masa muscular, pero no se usan en Atención Primaria por su coste, falta de portabilidad y necesidad de personal muy formado ^{F7}. La **DXA** es la preferida por muchos clínicos; la **bioimpedancia (BIA)** no mide la masa directamente, sino que la **estima** a partir de la conductividad eléctrica del cuerpo, aunque es barata y portátil ^{F7}. La circunferencia de la pantorrilla (<31 cm) predice rendimiento y supervivencia ^{F7}.

EIR 2023 · 153

P7 · respuesta en el solucionario

EWGSOP2: grado de sarcopenia (confirmada)

Cuál es el grado de enfermedad sarcopénica que padece un paciente de 77 años, cuyos resultados a las pruebas recomendadas por el Grupo Europeo de Trabajo en Sarcopenia en Personas Mayores (EWGSOP2), son: Cuestionario SARC-F positivo, ergometría manual 20 kg, cantidad de masa muscular esquelética apendicular medida por bioimpedancia eléctrica 18 kg, y velocidad de marcha 0,9 m/s:

1. Sarcopenia probable.
2. No padece sarcopenia.
3. Sarcopenia severa.
4. Sarcopenia confirmada.

Sarcopenia: técnica no invasiva más precisa de masa muscular (RM)

La cantidad de masa muscular esquelética es relevante en el diagnóstico de la patología sarcopénica. Este parámetro puede estimarse utilizando una gran variedad de técnicas. ¿Cuál de las siguientes opciones es la prueba no invasiva más precisa para su determinación?:

1. Resonancia magnética (RM).
2. Índice de Masa Corporal (IMC).
3. Densitometría ósea (DXA).
4. Bioimpedancia eléctrica (BIA).

Clasificación. La sarcopenia es **primaria** (o **relacionada con la edad**) cuando no hay otra causa evidente salvo el envejecimiento, y **secundaria** cuando hay otras causas: enfermedad sistémica (sobre todo inflamatoria, como el cáncer o el fallo de órgano), inactividad física o ingesta insuficiente de energía o proteínas ^{F7,F8}. Es **aguda** si dura menos de 6 meses y **crónica** si dura 6 meses o más ^{F7}.

EWGSOP1 (2010) proponía **tres estadios** conceptuales: **presarcopenia** (masa muscular baja **sin** afectar a la fuerza ni al rendimiento físico), **sarcopenia** (masa baja más fuerza baja o rendimiento bajo) y **sarcopenia grave** (los tres criterios) ^{F8}. La velocidad de la marcha forma parte del SPPB y se puede usar sola en clínica e investigación ^{F8}.

Sarcopenia primaria: relacionada con la edad

Sobre la Sarcopenia es cierto que:

1. La presarcopenia es un síndrome caracteriza doporuna masa muscular normal y una pérdida gradual ygeneralizada de la fuerza muscular.
2. Se clasifica en 4 estadios: asarcopenia, presarcopenia, sarcopenia, sarcopenia grave o severa.
3. La velocidad de lamarcha no suele afectarse por la sarcopenia, pero sí la capacidad para mantenerse de pie por periodos prolongados.
4. Se considera la sarcopenia como de causa primaria cuando está relacionada con la edad avanzada.

Calidad de vida: SarQoL. Es el cuestionario que recoge EWGSOP2 para evaluar la calidad de vida en la sarcopenia: cuestionario **autoadministrado** para personas con sarcopenia que recoge la percepción del paciente sobre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de su salud; está validado y sirve en clínica e investigación ^{F7}.

Sarcopenia: calidad de vida con SarQoL

¿Cuál de los siguientes cuestionarios se encuentra indicado por el Grupo Europeo de Trabajo en Sarcopenia en Personas Mayores (EWGSOP2) para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con sarcopenia?:

1. MuscleQoL.
2. SarQoL.
3. SarcopQoL.
4. MioQoL.

Definición conceptual de la GLIS (2024). La Iniciativa de Liderazgo Global en Sarcopenia (GLIS) elaboró la primera definición conceptual global mediante un **estudio Delphi internacional en dos fases** (no un metaanálisis ni una revisión sistemática) ^{F9}. Se aceptaron como **componentes** de la sarcopenia la **masa muscular**, la **fuerza muscular** y la **fuerza específica del músculo** (fuerza estandarizada al tamaño del músculo); el **rendimiento físico** deteriorado quedó como **consecuencia** (*outcome*), no como componente, y no se incluyó la gravedad ^{F9}.

Sarcopenia: definición de la GLIS 2024

¿Cuál es la afirmación correcta en cuanto a lo propuesto por la Iniciativa de Liderazgo Global en Sarcopenia (GLIS) en 2024?:

1. La definición conceptual propuesta por la GLIS se realizó a partir de un metaanálisis reciente sobre diferentes métodos diagnósticos para la patología sarcopénica.
2. La definición conceptual propuesta por la GLIS se realizó a partir de una revisión sistemática reciente sobre diferentes métodos diagnósticos para la patología sarcopénica.
3. La definición conceptual propuesta por la GLIS para la sarcopenia incluye un déficit de masa muscular, de fuerza y de rendimiento físico.
4. La definición conceptual propuesta por la GLIS para la sarcopenia incluye un déficit de masa muscular, de fuerza y de fuerza específica.

Células senescentes. Las células senescentes secretan citocinas inflamatorias (IL-6, IL-8, IL-1, TNF- α), quimiocinas y proteasas: es el **fenotipo secretor asociado a la senescencia (SASP)**, que provoca una **inflamación crónica** de bajo grado (*inflammaging*), altera las células satélite del músculo y se considera un **impulsor de la sarcopenia** ^{F11}. La eliminación selectiva de células senescentes se hace con **senolíticos** y es una estrategia potencial para retrasar la sarcopenia ^{F11}. La vía **mTOR** participa en la **regulación del SASP**: la rapamicina, que inhibe mTOR, inhibe el SASP ^{F11}.

Sarcopenia: papel de las células senescentes (SASP)

Señale cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el papel de las células senescentes en el desarrollo de la sarcopenia:

1. Las células senescentes secretan factores inflamatorios, conocidos como "SenescenceAssociated Secretory Phenotype" (SASP), que pueden desencadenar una respuesta inflamatoria crónica en el músculo y agravar la sarcopenia.
2. No se han demostrado los efectos de la Senescence-Associated Secretory Phenotype" (SASP) sobre el comportamiento celular en el contexto de la progresión tumoral.
3. El proceso para eliminar selectivamente las células senescentes se llama fenólisis y supone una estrategia potencial que puede prevenir o revertir la sarcopenia.
4. En la sarcopenia, el aumento de las células senescentes en el tejido muscular contribuye a una mayor estimulación de la ruta anabólica m-Tor.

4. Caídas

Las caídas son **acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga** (OMS) ^{F1}.

Epidemiología	Dato
Frecuencia (consenso 2014)	Un 30 % de los mayores de 65 años y un 50 % de los mayores de 80 que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año; la mitad de los que se caen tienen caídas recurrentes ^{F1}
Frecuencia (SEGG)	30 % de los mayores de 65 años independientes; 35 % en mayores de 75 y 50 % en mayores de 80 ^{F12}
Lesiones (OMS)	Entre un 20 % y un 30 % de las personas mayores que se caen sufren lesiones de moderadas a graves (contusiones, fractura de cadera, traumatismo craneoencefálico), dato referido a EE. UU. ^{F13}
Consecuencias (consenso 2014)	Más del 70 % tienen consecuencias clínicas; de las personas cuya caída tiene consecuencias, 1 de cada 10 las sufre graves; el 50 % de quienes se fracturan no recuperan su nivel funcional previo ^{F1}
Consenso vigente (2026)	30 % de los mayores de 65 se caen al año y al menos el 10 % dos veces; el 5-10 % de las caídas acaban en fractura; son la primera causa de muerte por causas externas en España ^{F3}

EIR 2026 · 113

P1 · respuesta en el solucionario

Caídas en mayores: epidemiología

¿Qué afirmación describe con mayor precisión la magnitud y consecuencias de las caídas en personas mayores?:

1. Aproximadamente un tercio de los mayores de 65 años y la mitad de los mayores de 80 años presentan al menos una caída al año, y entre el 20 – 30 % de estos sufren una lesión que puede comprometer su autonomía o incrementar la mortalidad.
2. Entorno al 10 % de las personas mayores de 80 años presentan caídas anuales, con lesiones habitualmente leves sin repercusión funcional.
3. La prevalencia de caídas en mayores de 65 años es inferior al 5 %, son más frecuentes en hombres consumidores de polifarmacia y se dan en el domicilio.
4. Aproximadamente el 20 % de los mayores de 65 años y dos tercios de los mayores de 80 años presentan al menos una caída al año, y entre el 30 – 40 % de estos sufren una lesión que puede comprometer su autonomía o incrementar la mortalidad.

Factores de riesgo. La caída resulta de la interacción de factores **intrínsecos** (trastornos individuales), **extrínsecos** (riesgos ambientales) y **circunstanciales** (la actividad que se realiza); el riesgo crece con el número de factores, pero **los factores intrínsecos son los más importantes en la génesis de una caída** ^{F12}. Dentro de los intrínsecos, la SEGG describe las alteraciones fisiológicas del envejecimiento (visuales,

vestibulares, propioceptivas, musculoesqueléticas) y, además, «otros procesos patológicos que contribuyen»: cardiovasculares (hipotensión ortostática, arritmias), patología articular y del pie, deterioro cognitivo y cualquier patología aguda ^{F12}. Su ejemplo de caída es el de una anciana con **artrosis y neuropatía diabética** (factores intrínsecos) que camina descalza (extrínseco) hacia el baño por la noche (circunstancial) ^{F12}.

- En el anciano **vigoroso** predominan los factores ambientales; en el **frágil**, los **intrínsecos** (alteraciones de la marcha y el equilibrio). Un anciano frágil puede caerse incluso en un ambiente seguro: los extrínsecos actúan como coadyuvantes ^{F12}.
- La mayoría de las caídas ocurren en lugares cerrados (baño, dormitorio, cocina) y **la actividad que más las favorece es caminar**; en las escaleras (10 % de las caídas) es **más peligroso bajar que subir** ^{F12}. Pocas caídas son «accidentes» debidos solo al entorno ^{F3}.
- La **edad avanzada** y las **caídas previas** son los predictores más importantes de caídas futuras ^{F3}.

EIR 2014 · 161

P23 · respuesta en el solucionario

Caídas: predominio de factores intrínsecos

T. R. de 89 años, presenta inestabilidad y ha sufrido una caída. Respecto a las caídas en las personas mayores, es correcto que:

1. La mayoría de las caídas se producen realizando actividades peligrosas.
2. Los factores que más influyen en el riesgo de caídas son los intrínsecos influidos por las enfermedades de base.
3. Los factores que más influyen en el riesgo de caídas son los relacionados con los cambios propios del envejecimiento.
4. Supone mayor riesgo de caídas el subir escaleras que bajarlas.
5. Los factores que más influyen en la génesis de caídas en mayores frágiles son los extrínsecos.

Cribado del riesgo de caídas. En el consenso de **2014** eran tres preguntas: ¿alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?, ¿dos o más caídas al año?, ¿algún trastorno de la marcha significativo? Una sola respuesta afirmativa indicaba **alto riesgo de caídas** ^{F1}. El documento **vigente (2026)** las cambia por otras tres: **¿se ha caído en los últimos 12 meses?**, **¿se siente inestable** cuando está de pie o camina? y **¿ha tenido preocupación por caerse** que haya limitado sus actividades? Si se ha caído, se aplican **criterios de gravedad** (lesión que requirió atención sanitaria, 2 o más caídas en el último año, no poder levantarse del suelo en 1 hora o más, pérdida de conciencia o sospecha de síncope) ^{F3}. En 2026 **no se recomienda ninguna prueba de ejecución para cribar el riesgo de caídas**, solo las preguntas ^{F3}. Combinando fragilidad y caídas se forman cuatro grupos (bajo, medio, alto y muy alto); la persona con alta probabilidad de fragilidad y riesgo alto de caídas es de **riesgo muy alto** ^{F3}.

Intervención multifactorial en el alto riesgo de caídas, con **tres componentes: programa de actividad física** multicomponente (resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza), **revisión de la medicación** (criterios STOPP/START: benzodiacepinas, neurolépticos, antihistamínicos de primera generación, vasodilatadores, opiáceos crónicos) y **revisión de los riesgos del hogar** con listas de comprobación ^{F1}. La guía NICE y las sociedades británica y americana de Geriatria incluyen estos mismos tres componentes ^{F1}. El consenso de 2026 añade **recomendaciones nutricionales** (con vitamina D si procede) ^{F3}.

Prevención de caídas: intervenciones multifactoriales

Las intervenciones multifactoriales para la prevención de caídas en ancianos frágiles incluyen:

1. Consejo nutricional y ejercicio.
2. Programa de estilos de vida saludables.
3. Valoración del grado de dependencia y riesgo de caídas.
4. Programa de actividad física, revisión de medicación y riesgos del hogar.

El hogar. Entre el 50 % y el 75 % de las caídas ocurren en casa ^{F3}. La lista de comprobación del Ministerio recomienda, entre otras cosas ^{F3}:

Riesgo	Recomendación del Ministerio ^{F3}
Alfombras en el suelo	Quitar alfombras y felpudos o fijar bien las alfombras al suelo con una superficie antideslizante ; evitar felpudos gastados, deslizantes o de mucho pelo
Muebles que dificultan el paso	Cambiarlos de sitio para no tener obstáculos en el camino
Cosas de uso frecuente en estantes altos	Mantenerlas en estantes bajos (a la altura de la cintura)
Suelo resbaladizo de bañera o ducha	Colocar una alfombrilla antideslizante en la bañera o la ducha
Asideros	No usar como asideros los toalleros ni los grifos

Riesgos del hogar: alfombras

Pregunta vinculada a la imagen nº 3. A.J.M de 72 años vive solo en su casa y en la imagen se aprecian posibles riesgos de caídas. La Enfermera de Atención Primaria acude a su domicilio para valoración de los riesgos del hogar. Indique cuál de las siguientes sería una de las recomendaciones para solucionar los problemas detectados:



1. Fijar bien las alfombras del salón, pasillo y dormitorio al suelo con una superficie antideslizante.
2. Eliminar la alfombrilla antideslizante del suelo de la ducha, puesto que solo se ha demostrado su efecto en bañeras.
3. Colocar los artículos y utensilios de cocina que utiliza más a menudo en los armarios y estanterías superiores para tener más espacio y seguridad en la encimera.
4. No se observan factores de riesgo de caídas en este domicilio, salvo cambiar la disposición de la estantería situada junto al mueble de la televisión, ya que puede obstaculizar el paso.

Fármacos que aumentan el riesgo de caídas (FRIDs): todos los psicofármacos (**benzodíacepinas, antipsicóticos, opioides, antihistamínicos, antidepresivos, antiepilépticos**), los anticolinérgicos y algunos cardiovasculares (vasodilatadores, diuréticos, hipotensores centrales, alfabloqueantes) ^{F3}. En los **antidepresivos**, los síntomas de alarma para plantear la deprescripción son hiponatremia, **hipotensión ortostática, mareo, sedación** y arritmias ^{F3}.

La **trazodona** es un antidepresivo sedante: produce **somnolencia, mareo e hipotensión ortostática** (incluso síncope), y, según la ficha, los **pacientes de edad avanzada** posiblemente experimentan con más frecuencia la hipotensión ortostática y la somnolencia ^{F17}. La ficha técnica recomienda **informar al paciente o cuidador** de estas reacciones y **supervisarlas de cerca** tras el inicio y tras cada ajuste de dosis, y evitar tareas peligrosas si aparecen sedación o mareo ^{F17}. Ante estos síntomas en un anciano, la enfermera refuerza la prevención de caídas y lo comunica al prescriptor, que valora el ajuste o la deprescripción ^{F3,F17}. La somnolencia de los primeros días suele desaparecer al continuar el tratamiento ^{F17}.

Sedación y mareo por trazodona: prevención de caídas

Una mujer de 64 años, con demencia frontotemporal variante conductual, inicia tratamiento con trazodona para controlar irritabilidad y agitación. Tras dos semanas, la enfermera observa somnolencia diurna marcada y mareos frecuentes. ¿Cuál debería ser la actuación prioritaria de la enfermera ante estos efectos secundarios?:

1. Reforzar medidas de seguridad para prevenir caídas y comunicar al médico responsable la aparición de sedación y mareo.
2. Aconsejar aumentar la dosis de trazodona para lograr mayor control de los síntomas conductuales.
3. Recomendar suspender por completo el tratamiento y consultar con su médico.
4. Considerar que los síntomas son esperables y no requieren intervención específica.

Timed Up and Go (TUG, «levántate y anda» cronometrado). Tiempo que tarda la persona en **levantarse de una silla con reposabrazos, caminar 3 metros, girarse, volver y sentarse** ^{F1}. Se considera correcto en **10 segundos o menos**; con **20 segundos o más**, el anciano tiene un **elevado riesgo de caídas** (consenso 2014, que también usaba 20 s como dintel de fragilidad) ^{F1}. La SEGG: la mayoría lo hace en menos de 10 s, los frágiles entre 10 y 20 s, y más de 20 s indica alto riesgo de caídas ^{F12}. Desde 2022 el corte de **fragilidad** del TUG baja a **>12 s**, pero como predictor de **riesgo de caídas** se mantiene **por encima de 20 s** ^{F2,F3}. En la valoración multifactorial de caídas de 2026, la prueba de marcha es la velocidad de la marcha, con el TUG como alternativa, aunque su evidencia para predecir caídas es menos consistente ^{F3}.

Timed Up and Go: punto de corte de 20 segundos

Respecto a la prevención de caídas en las personas ancianas, en el test de “levántate y anda” cronometrado, el valor mínimo a partir del cual se considera elevado riesgo de caídas es:

1. 10 segundos.
2. 20 segundos.
3. 30 segundos.
4. 40 segundos.

Escala de Tinetti (*Performance-Oriented Mobility Assessment*, POMA). Consta de dos subescalas, **equilibrio y marcha**; identifica a quienes tienen alto riesgo de caídas, pero no detecta cambios pequeños ^{F12}. Según la SEGG, **puntuaciones entre 19 y 24 representan riesgo de caídas, y por debajo de 19 el riesgo es elevado** ^{F12}. La versión de **28 puntos** (16 de equilibrio y 12 de marcha) se usa con los cortes **<19** alto riesgo, **19-24** riesgo moderado y **>24** bajo riesgo (cortes de un servicio clínico publicados en una revista, no de una validación) ^{F16}. La versión original que reproduce el Servicio Andaluz de Salud tiene **22 ítems** (13 de equilibrio y 9 de marcha) y califica cada ítem de equilibrio como normal, adaptado o anormal ^{F15}. No confundir con el TUG, que es la prueba de levantarse de la silla y caminar 3 metros ^{F1}.

Escala de Tinetti: puntos de corte

Sobre la Escala de Tinetti, para valorar el riesgo de caídas, es correcto que:

1. Consta de 24 ítems que valoran el equilibrio estático y la marcha.
2. Puntúa de 1 a 5 según la percepción del examinador sobre el riesgo de caídas del paciente; se considera 1 como normal y 5 como alterado.
3. Consiste en observar al individuo mientras se levanta de una silla, camina 3 metros y vuelve a ella.
4. Permite clasificar en tres gradientes: normal, cuando es mayor de 24 puntos; adaptado, cuando está entre 19 y 24 puntos, y anormal, cuando es inferior a 19 puntos.

Escala de riesgo de caídas de J. H. Downton, muy usada en hospitales. **Alto riesgo con más de 2 puntos** (3 o más) ^{F14}:

Ítem de Downton	Puntúa 1	Puntúa 0
Caídas previas	Sí	No ^{F14}
Medicación	Tranquilizantes-sedantes, diuréticos, hipotensores (no diuréticos) , antiparkinsonianos, antidepresivos	Ninguno; otros medicamentos ^{F14}
Déficit sensorial	Alteraciones visuales , auditivas, de extremidades (ictus...)	Ninguno ^{F14}
Estado mental	Confuso	Orientado ^{F14}
Deambulación	Insegura con ayuda o sin ayuda	Normal, segura con ayuda , imposible ^{F14}

Downton no valora el entorno

Los cinco bloques de Downton son caídas previas, medicación, déficit sensorial, estado mental y deambulación: **no hay ningún ítem sobre el entorno** ^{F14}. Ninguna escala contempla todos los factores de riesgo; el entorno se valora aparte ^{F14}.

Escala de Downton: elementos

Al valorar en una persona anciana el Riesgo de caídas siguiendo la Escala de Downton, cuál de los siguientes elementos no habremos valorado:

1. La toma de medicamentos hipotensores no diuréticos.
2. La limitación sensorial visual.
3. La deambulación estable con bastón.
4. El entorno desfavorable.

¿Escala de riesgo de caídas en el hospital?

La **Guía FASE** del Servicio Andaluz de Salud (2017), posterior al procedimiento andaluz que eligió Downton, dice que para valorar el riesgo de caídas **no hay consenso** sobre qué escala usar, que las escalas **no han demostrado ser más eficaces que el juicio clínico** para detectar y prevenir caídas y recoge la **recomendación explícita de que no se utilicen escalas de predicción del riesgo de caídas en el hospital**, que cita de la guía NICE de 2013 ^{F37}. La guía NICE vigente (NG249, 2025) dice **no usar herramientas de predicción del riesgo de caídas para predecir el riesgo de caer** de una persona ^{F40}. Para determinar el riesgo, atiende a los factores de riesgo, al juicio clínico y a las caídas previas, con las preguntas de cribado del Ministerio ^{F37}. Esto no cambia los ítems de Downton, que es la escala que se pregunta ^{F14}.

5. Delirium (síndrome confusional agudo) y depresión en el anciano

El **síndrome confusional agudo (SCA)** o **delirium** es un síndrome de **causa orgánica**, a veces con varias causas, que se caracteriza por una **alteración del nivel de conciencia y de la atención** y de diversas **funciones cognitivas** (memoria, orientación, pensamiento, lenguaje, percepción). Tiene un **comienzo agudo** y un **curso fluctuante** ^{F18}. Es una enfermedad médica potencialmente tratable y, sobre todo, **prevenible**, y debe considerarse una **urgencia médica** ^{F18}.

- Criterios DSM-IV-TR que recoge la SEGG: alteración de la conciencia con dificultad para centrar, mantener o dirigir la atención; cambio de las funciones cognitivas no explicable por una demencia; **se presenta en un corto período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día**; y demostración de una **etiología orgánica** ^{F18,F19}.
- Criterios del **DSM-5** (2013), según la tabla de la European Delirium Association y la American Delirium Society: **A**, alteración de la **atención** (menor capacidad para dirigirla, centrarla, mantenerla y desplazarla) y de la conciencia del entorno (*awareness*: menor orientación en el entorno); **B**, se desarrolla en un **corto período de tiempo (habitualmente horas o pocos días)**, supone un cambio agudo respecto a la situación basal y **tiende a fluctuar en gravedad a lo largo del día**; **C**, otra alteración cognitiva (memoria, desorientación, lenguaje, capacidad visoespacial o percepción); **D**, no se explica mejor por un trastorno neurocognitivo preexistente, establecido o en evolución, y no ocurre en un nivel de alerta muy reducido, como el coma; **E**, hay pruebas de que es consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, de una intoxicación o abstinencia, de la exposición a un tóxico o de varias causas ^{F38}.
- Suele empezar con desorientación temporoespacial, aumento o disminución de la actividad psicomotriz y **trastorno del ciclo vigilia-sueño**: fases de agitación nocturna que alternan con somnolencia diurna; por eso suele desarrollarse **durante la noche** ^{F18}.
- La SEGG lo resume como alteración de la conciencia y la atención de comienzo agudo y fluctuante, con alteración de memoria o lenguaje, **alucinaciones e ideas delirantes** y **con una inversión del ciclo vigilia-sueño**; lo más común es el insomnio con empeoramiento nocturno de la confusión e hipersomnolencia diurna ^{F18}.
- Subtipos: hiperactivo (15-25 %), **hipoactivo** (20-25 %; se da con más frecuencia en ancianos: enlentecimiento psicomotor, bradipsiquia, lenguaje lento) y **mixto**, que alterna ambos y es el más frecuente (35-50 %) ^{F18}. El hipoactivo es el que más se pasa por alto ^{F18,F20}.

Rasgo (SEGG) ^{F18}	Delirium	Demencia	Psicosis
Comienzo	Súbito	Gradual	Súbito
Curso	Fluctuante con exacerbaciones nocturnas	Progresivo	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Afectada globalmente	Normal, salvo en crisis severas	Normal

Rasgo (SEGG) F18	Delirium	Demencia	Psicosis
Percepción	Alucinaciones frecuentes, sobre todo visuales	Alucinaciones raras	Alucinaciones frecuentes, sobre todo auditivas
Delirios (ideas delirantes)	Poco sistematizados y fluctuantes	Ausentes	Sistematizados
Orientación	Disminuida	Disminución gradual	Buena
Actividad psicomotriz	Retardada, agitada o mixta	Normal	Normal



Lo que más cae del delirium

Inicio agudo, fluctuación a lo largo del día, alteración de **conciencia y atención, inversión del ciclo sueño-vigilia** con empeoramiento nocturno, alucinaciones **visuales**, ideas delirantes **poco sistematizadas** (las sistematizadas son de la psicosis) y causa **orgánica** ^{F18}. No es insidioso ni irreversible por definición ^{F18,F19}.

EIR 2012 · 46

P27 · respuesta en el solucionario

Delirium: características clínicas (inicio agudo, fluctuación, inversión sueño-vigilia, ideas delirantes no estructuradas)

Fermín, de 84 años, ha sido ingresado en el hospital por un cuadro agudo de dolor abdominal. Tiene déficit visual, no ha dormido la noche anterior y manifiesta estar nervioso. Este anciano tiene riesgo de confusión aguda. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones se asocia al trastorno confusional?:

1. Tiene un inicio insidioso.
2. Empeora durante el día.
3. Es irreversible.
4. Con frecuencia se invierte el ciclo sueño-vigilia.
5. Cursa con delirios.

EIR 2013 · 147

P24 · respuesta en el solucionario

Delirium: características clínicas (inicio agudo, fluctuación, inversión sueño-vigilia, ideas delirantes no estructuradas)

FLG, paciente de 85 años, ha sido ingresado en una unidad de hospitalización presentando un síndrome confusional agudo, el cual se caracteriza por:

1. Un déficit de memoria sin alteración de la conciencia.
2. Alteraciones de la conciencia sin cambios en las funciones cognitivas.
3. Ser irreversible.
4. Síntomas fluctuantes a lo largo del día.
5. El inicio en un largo plazo de tiempo.

Delirium: características clínicas (inicio agudo, fluctuación, inversión sueño-vigilia, ideas delirantes no estructuradas)

Sergio, anciano de 90 años presenta deterioro cognitivo de inicio agudo, desorientación, alucinaciones visuales y actividad psicomotriz retardada, ¿Cuál sería el diagnóstico más probable que presentará Sergio?:

1. Demencia.
2. Depresión.
3. Alzheimer.
4. Delirium.

Delirium: características clínicas (inicio agudo, fluctuación, inversión sueño-vigilia, ideas delirantes no estructuradas)

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el Delirium:

1. La etiología es orgánica, con origen en una enfermedad médico-quirúrgica o debido a una alteración cerebral o extracerebral.
2. Es un problema potencialmente grave que conlleva una alta tasa de mortalidad si no se hace un diagnóstico y tratamiento temprano.
3. El sistema de ideas delirantes es estructurado y sistematizado.
4. Existe alteración del estado de consciencia.

Pronóstico. La mortalidad hospitalaria del delirium va del 11 % al 41 %, y la mortalidad al año es de un 38 % ^{F18}. Se asocia a más mortalidad y morbilidad, hospitalización más larga, institucionalización, deterioro funcional y déficit cognitivo ^{F18}. Aunque se ha considerado una entidad **reversible y transitoria**, la duración y persistencia de los síntomas muestran que es **más duradero de lo que se creía** (una semana de media con tratamiento, hasta un mes en ancianos) y puede dejar secuelas ^{F18}. La guía de demencias lo define como un trastorno grave, **habitualmente reversible** si se trata la causa ^{F19}.

Relación con la demencia. El paciente con demencia tiene un **riesgo elevado** de delirium (el deterioro cognitivo previo es un factor predisponente), **pero no debe hacerse un diagnóstico inicial de demencia en el contexto de un cuadro confusional** ^{F19,F18}. El delirium puede desenmascarar una alteración cognitiva previa ^{F19} y aumenta el riesgo de demencia; si no se resuelve, hay que reevaluar las causas y valorar una posible demencia ^{F20}. Si cuesta distinguirlos, se trata primero el delirium ^{F20}.

Instauración aguda, curso fluctuante

El delirium **se instaura de forma aguda**: el trastorno se desarrolla en un corto período de tiempo (habitualmente horas o días), y una vez instaurado su **curso es fluctuante** a lo largo del día ^{F19,F18}. Lo que **no** es cierto es que se relacione directamente con la existencia o el desarrollo de una demencia: la demencia es un factor de riesgo, y durante un cuadro confusional no se diagnostica ^{F19}.

Síndrome confusional agudo: relación con la demencia

Sobre el Síndrome Confusional Agudo en el anciano es INCORRECTO que:

1. Es un síndrome clínico transitorio y reversible también conocido como delirium.
2. Se caracteriza por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva, de inicio agudo y progresivo.
3. Se relaciona directamente con la existencia o desarrollo de un diagnóstico de demencia, aunque no se hubiese diagnosticado hasta la fecha.
4. Sus síntomas pueden cronificarse y generar secuelas permanentes.

Prevención y cuidados. NICE recomienda un paquete **multicomponente** adaptado a cada persona: equipo de profesionales conocido por el paciente y **evitar cambiarlo de sala o de habitación** salvo que sea imprescindible; iluminación adecuada y señalización clara, **reloj y calendario** visibles, reorientación verbal, visitas de familia; evitar sondajes innecesarios; movilización precoz; comprobar que las **dentaduras** encajan; **gafas y audífonos** disponibles y funcionando; y sueño protegido (sin procedimientos ni ruido durante las horas de sueño) ^{F20}.

- Intervención ambiental de la SEGG: **habitación iluminada**; el paciente **no debe estar aislado** (acompañante permanente); reloj y calendario; información sobre su estancia; **proporcionarle las gafas o el audífono**; movilización precoz; adecuado ritmo sueño-vigilia; implicar a la familia ^{F18}.
- **No juntar a dos pacientes con delirium en la misma habitación**: el paciente «no deberá estar en la misma habitación que un paciente delirante» ^{F18}.
- **Deben evitarse las sujeciones mecánicas** (se recomiendan camas bajas); la restricción física solo se indica si pelagra la vida del paciente o de otros o impide el tratamiento ^{F18}.
- Evitar sedantes e hipnóticos como las benzodiacepinas, salvo en la abstinencia de alcohol o fármacos ^{F18}.

Síndrome confusional agudo: medidas de prevención

El Sr. T. T. de 92 años, ingresado en la unidad de hospitalización recientemente, ha comenzado con diferentes síntomas que hacen sospechar que presenta un síndrome confusional agudo. Dentro de las medidas de prevención y cuidados para este problema está indicado:

1. Aconsejar a la familia que no deje de estimular permanentemente al paciente.
2. Utilizar la contención física en todos estos pacientes para evitar caídas.
3. Evitar juntar dos pacientes con este problema en la misma habitación.
4. Retirar las prótesis dentales, auditivas y visuales para prevenir lesiones.
5. Evitar cualquier tipo de iluminación nocturna en la habitación para favorecer el descanso.

Depresión en el anciano. Es probablemente el mejor ejemplo de presentación atípica en geriatría: los ancianos expresan los síntomas psiquiátricos **en términos somáticos** con más frecuencia y muestran escasa expresividad de la tristeza ^{F21}. Son características el **deterioro cognitivo frecuentemente asociado**, las quejas

somáticas y la mayor frecuencia de síntomas psicóticos ^{F21}. Las clasificaciones (DSM-IV y CIE-10) **no incluyen criterios específicos** para la depresión del anciano ^{F21}. El diagnóstico es **eminente clínico** ^{F22}.

- **Escala de Yesavage (GDS)**: diseñada para el anciano, sin ítems somáticos y con respuestas sí/no; sirve para el **cribado (screening) de depresión**, la evaluación de su gravedad y el seguimiento; versión de 15 ítems con corte 5/6 (0-5 normal, 6-9 depresión probable, ≥ 10 establecida) ^{F22}. La versión corta **sustituye con ventaja a la larga como instrumento de cribado** ^{F21}.
- **Pseudodemencia depresiva**: nombre histórico del cuadro depresivo con síntomas cognitivos prominentes que ceden al resolverse la depresión; aun así, con frecuencia evoluciona a demencia (hasta un 20 % anual) ^{F21}.

EIR 2015 · 178

P46 · respuesta en el solucionario

Depresión en el anciano: pseudodemencia

En el informe de salud de la Sra. P. T. de 83 años de edad, se recoge que presenta un cuadro depresivo. Respecto a la depresión en las personas mayores se ha descrito que:

1. Es infrecuente que presenten síntomas somáticos.
2. No es característico que aparezcan trastornos cognitivos.
3. La escala de Yesavage es un instrumento para establecer un diagnóstico seguro de depresión.
4. Existe unanimidad al afirmar que tiene unas manifestaciones específicas en mayores.
5. Puede haber cuadros de pseudodemencia, con síntomas de demencia pero originados por estados depresivos.

6. Disfagia orofaríngea: el método MECV-V

El **Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)**, en inglés *volume-viscosity swallow test* (V-VST), se diseñó en el **Hospital de Mataró** para el cribado clínico de la disfagia orofaríngea y la aspiración ^{F24,F25}. Se administran bolos de **5, 10 y 20 ml** de tres viscosidades (néctar, líquido y pudding) en progresión de dificultad creciente, midiendo la saturación con **pulsioxímetro** ^{F25}. Sirve para el cribado y el diagnóstico clínico de la disfagia orofaríngea; si es positiva, se completa con una exploración instrumental (**videofluoroscopia**) ^{F24,F25}.

Signos que se valoran	Cuáles ^{F24,F25}
Alteración de la SEGURIDAD (riesgo de aspiración)	Tos, cambio de voz (voz húmeda) y desaturación de oxígeno ≥ 3 % respecto a la basal
Alteración de la EFICACIA (nutrición e hidratación)	Sello labial insuficiente, residuo oral, deglución fraccionada (varias degluciones por bolo) y residuo faríngeo

- **Orden:** se empieza por la viscosidad **néctar** con 5, 10 y 20 ml; si no hay signos de alteración de la seguridad, se sigue con **líquido** (5, 10 y 20 ml) y se termina con **pudding** (5, 10 y 20 ml) ^{F23}.
- Si aparece un signo de seguridad en **néctar**, se interrumpe esa serie, **se omite el líquido** y se pasa a **pudding**; si aparece en **líquido**, se interrumpe y se pasa a **pudding** ^{F23}. La prueba **termina** si se produce un nuevo signo de alteración de la seguridad (en la viscosidad más segura) ^{F25}.
- La secuencia solo cambia ante signos de **seguridad**; los de eficacia se registran para completar la exploración ^{F23,F25}.
- El MECV-V permite elegir, para cada paciente, el **volumen y la viscosidad óptimos para una deglución a la vez segura y eficaz** ^{F25}.

Néctar → líquido → pudding

Se empieza por la textura **intermedia** (néctar), se prueba la **más difícil** (líquido) y se acaba en la **más segura** (pudding), siempre con 5 → 10 → 20 ml ^{F23}. Seguridad = **tos, voz, saturación (≥ 3 %)** ^{F24}.

EIR 2020 · 134

P37 · respuesta en el solucionario

MECV-V: signos de alteración de la seguridad (tos, voz húmeda, desaturación $\geq 3\%$)

La exploración deglutoria con el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) se realiza a pacientes en los que se sospecha disfagia orofaríngea. Según este método, ¿cuáles de estos signos, nos indicarían alteración de la seguridad de la deglución?:

1. Deglución fraccionada, residuo oral y babeo.
2. Residuo faríngeo, propulsión lenta y sello labial incompleto.
3. Tos, voz húmeda, desaturación de oxígeno $\geq 3\%$.
4. Tos, cambios en el tono de voz, saturación de oxígeno $< 92\%$ durante la exploración.

MECV-V: signos de alteración de la seguridad (tos, voz húmeda, desaturación $\geq 3\%$)

Indique la opción correcta en relación a las pruebas diagnósticas de la disfagia MECV-V:

1. Se proporciona al paciente una solución con tres viscosidades diferentes: líquida, néctar y pudding. La prueba comienza administrando al paciente la textura pudding, después la textura néctar y finalmente la textura líquida.
2. Se valoran tres alteraciones en la seguridad: tos, cambios en la voz y desaturación $>3\%$. Estas alteraciones conllevan cambios en las siguientes texturas a administrar, y la interrupción de la prueba si suceden en la textura pudding.
3. Se valoran cuatro alteraciones de la eficacia: ineficacia del sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo. Estas alteraciones suponen la interrupción de la prueba y conllevan la colocación de una sonda para alimentación.
4. El volumen y viscosidad seguro para el paciente es aquél en el que han aparecido alteraciones de la eficacia, pero no alteraciones en la seguridad.

MECV-V: algoritmo de volúmenes y viscosidades

El Método Volumen Viscosidad (MECV-V) permite identificar a los pacientes con disfagia orofaríngea.

Indique el algoritmo correcto para su puesta en práctica:

1. Serie de 5 ml, 10 ml y 20 ml de viscosidad pudding, progresar a viscosidad néctar (5 ml, 10 ml y 20ml) y concluir con viscosidad líquida (5 ml, 10 ml y 20 ml).
2. Serie de 5 ml, 10 ml y 20 ml de viscosidad néctar, progresar a viscosidad pudding (5 ml, 10 ml y 20ml) y concluir con viscosidad líquida (5 ml, 10 ml y 20 ml).
3. Serie de 5 ml, 10 ml y 20 ml de viscosidad líquida, progresar a viscosidad néctar (5 ml, 10 ml y 20ml) y concluir con viscosidad pudding (5 ml, 10 ml y 20 ml).
4. Serie de 5 ml, 10 ml y 20 ml de viscosidad néctar, progresar a viscosidad líquida (5 ml, 10 ml y 20ml) y concluir con viscosidad pudding (5 ml, 10 ml y 20 ml).

7. Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) **no es un fenómeno normal del envejecimiento** y es uno de los grandes síndromes geriátricos ^{F26,F27}. La sufren entre el **10 % y el 15 %** de los mayores de 65 años que viven en la comunidad, el 30-40 % de los ingresados por un proceso agudo y el **50-60 %** de los institucionalizados ^{F26}.

- **Requisitos para mantener la continencia** en el anciano: almacenamiento y vaciamiento adecuados del **tracto urinario inferior**; motivación para ser continente; capacidad cognitiva para percibir e interpretar el deseo miccional; **movilidad y destreza** para llegar al retrete; y **ausencia de barreras ambientales** que limiten el acceso ^{F26,F27}.
- **Factores de riesgo de IU en ancianos**: edad (en hombres), incontinencia fecal, **deterioro cognitivo**, **deterioro de la movilidad**, comorbilidad, fármacos, caídas, restricciones físicas e ictus ^{F27}.
- El **nervio hipogloso** (XII par craneal) es estrictamente motor y controla los músculos de la **lengua** ^{F39}.

EIR 2016 · 189

P44 · respuesta en el solucionario

Factores de riesgo de incontinencia urinaria en mayores

Señale cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de incontinencia urinaria en personas mayores:

1. Función inadecuada del tracto urinario inferior.
2. Hiperactividad del nervio hipogloso.
3. Presencia de barreras arquitectónicas.
4. Deterioro de la movilidad física.

Tipo de IU	Mecanismo y causas
De urgencia (hiperactividad vesical)	Escape precedido de necesidad imperiosa de orinar; contracciones involuntarias del detrusor no inhibidas (inestabilidad del detrusor). Es la IU establecida más común en el anciano; causas neurológicas (Parkinson, ictus, demencia), vesicales u obstrucción ^{F26}
De esfuerzo	Escape con maniobras que aumentan la presión abdominal (tos, risa, estornudo); debilidad del suelo pélvico (partos, hipoestrogenismo, obesidad), cirugía pélvica y, en el varón, daño del esfínter en la prostatectomía ^{F26}
Por rebosamiento (vaciamiento incompleto)	Sobredistensión vesical con residuo posmiccional elevado (>100 ml). Dos mecanismos: obstrucción del tracto de salida (hipertrofia prostática, estenosis uretral) o alteración contráctil: vejiga hipotónica o átona por hipocontractilidad del detrusor (lesiones medulares, neuropatía) ^{F26,F27}
Funcional	Incapacidad para llegar o usar el retrete a tiempo sin enfermedad urológica o neurológica : demencia o incapacidad física graves, barreras arquitectónicas o ambientales (camas altas o con barras, poca iluminación, cambios de domicilio), falta de cuidadores, delirium, depresión. Es un diagnóstico de exclusión ^{F26,F27}

Incontinencia urinaria por rebosamiento: vejiga átona

¿Cuál de las siguientes causas puede ocasionar incontinencia urinaria por rebosamiento en el paciente geriátrico?:

1. Vejiga átona.
2. Barreras ambientales.
3. Lesiones uretrales ocurridas durante la prostatectomía.
4. Inestabilidad del detrusor.
5. Por factores mentales, psicológicos y ambientales.

Incontinencia urinaria funcional: barreras ambientales (causa y primera medida)

¿Cuál es la principal causa de incontinencia urinaria funcional en las personas ancianas?

1. Inestabilidad del detrusor.
2. Obstrucción por fecalomas.
3. Laxitud de la musculatura del suelo de la pelvis.
4. Barreras medioambientales.
5. Retención urinaria inducida por la medicación.

Tratamiento. Las **medidas generales, en todos los pacientes**, empiezan por **modificar el hábitat, disminuyendo las barreras arquitectónicas** para que el retrete sea lo más accesible posible o haya un orinal o cuña a mano ^{F26}. En la **IU funcional**, el objetivo es facilitar al máximo que el anciano llegue al lugar adecuado para orinar o use los dispositivos (orinal, cuña); los **cuidados de enfermería** son el pilar del tratamiento ^{F27}. En su algoritmo, las primeras acciones son asegurar la intimidad, **promover la movilidad**, facilitar el orinal y el **acceso al retrete**; las **terapias de conducta** (vaciamiento vesical precoz) solo se añaden **si no mejora** ^{F27}. El Tratado de la SEGG añade reforzar a los cuidadores para establecer micciones programadas cada dos horas ^{F26}.

Incontinencia urinaria funcional: barreras ambientales (causa y primera medida)

La primera medida terapéutica en una paciente de 80 años que presenta incontinencia urinaria funcional será:

1. Recomendar la doble micción.
2. Enseñar ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.
3. Establecer micciones programadas.
4. Controlar las barreras ambientales.
5. Entrenar el hábito miccional.

Técnica de conducta	Qué es	Para quién
Ejercicios del suelo pélvico (Kegel)	Contracciones repetidas, 25-30 por sesión, 3-4 sesiones al día F26	IU de esfuerzo F26
Entrenamiento (reentrenamiento) vesical	Restablecer el hábito aumentando progresivamente el intervalo entre micciones, hasta orinar cada 2-3 horas F26,F28	Personas cognitiva y físicamente capaces , con motivación ; IU de urgencia F26,F28
Entrenamiento del hábito miccional	Esquema variable de vaciamiento vesical hasta conseguir orinar cada 3 horas F26	Pacientes incapacitados, con ayuda del cuidador F26,F28
Micciones programadas (a horas fijas)	Esquema fijo , habitualmente cada 2 horas F26	Por el cuidador F26
Vaciamiento vesical precoz (<i>prompted voiding</i>)	El cuidador pasa a intervalos programados (generalmente 2-3 h), registra si está seco o mojado y provoca o facilita la micción F27	Problemas de movilidad, dependencia o deterioro cognitivo ; exige cierta colaboración F27

Entrenamiento vesical ≠ micciones programadas

El **entrenamiento vesical** busca **recuperar** la continencia y se dirige a personas **cognitiva y físicamente capaces**; los programas de micción (hábito, horas fijas, vaciamiento incitado) buscan **evitar** los escapes y se usan sobre todo en personas con **deterioro cognitivo o físico** que dependen de un cuidador **F28**. Las técnicas que dependen del propio paciente exigen movilidad y autonomía conservadas, **motivación** y buena capacidad de comprensión **F27**.

EIR 2015 · 181

P45 · respuesta en el solucionario

Entrenamiento vesical: requisitos

La incontinencia urinaria afecta a una población importante de personas mayores. A la hora de aplicar diferentes terapias conductuales debemos tener en consideración que el entrenamiento de la vejiga urinaria o entrenamiento vesical:

1. Puede ser aplicado si el paciente está motivado y no tiene deterioro cognitivo ni físico.
2. Mejora la función de la vejiga en las personas con incontinencia funcional.
3. Ha demostrado ser eficaz en personas con déficits cognitivos.
4. Se define como el establecimiento de un esquema predecible de vaciado de la vejiga.
5. Se define como la mejoría de la función de la vejiga en cualquier tipo de incontinencia en personas con o sin deterioro cognitivo.

8. Inmovilidad y deshidratación

Inmovilidad: disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. El **síndrome de inmovilidad** es una vía común de presentación de enfermedad, generada por cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas por la inmovilidad y el desuso; es **multifactorial, potencialmente reversible y prevenible** ^{F29}. Los sistemas más afectados son el **cardiovascular** y el **musculoesquelético** ^{F29}.

Sistema	Complicaciones de la inmovilidad
Cardiovascular	Ortostatismo, intolerancia al ejercicio, trombosis venosa profunda , tromboflebitis, embolia pulmonar ^{F29}
Musculoesquelético	Pérdida de fuerza (1-3 % al día; hasta un 55 % a las 6 semanas), osteoporosis por desuso , contracturas ^{F29}
Respiratorio	Desaturación, atelectasias y neumonías ^{F29}
Genitourinario	Cálculos, incontinencia funcional, infecciones urinarias ^{F29} ; litiasis renal ^{F30}
Metabólico	Menor metabolismo basal, más diuresis y natriuresis, pérdida de nitrógeno y de calcio ^{F30} ; balance proteico negativo, es decir, catabolismo , no anabolismo
Endocrino y piel	Hiper glucemia por resistencia a la insulina; úlceras por presión ^{F29}

EIR 2017 · 113

P20 · respuesta en el solucionario

Complicaciones de la inmovilidad

De las siguientes, ¿cuál NO es una complicación asociada a la inmovilidad en el anciano?:

1. Anabolismo proteico.
2. Osteoporosis.
3. Estasis urinaria.
4. Atelectasias.

- La **sobreprotección**, la prescripción de reposo y las restricciones físicas son factores **yatrogénicos** de inmovilidad ^{F29}.
- Prevención: adaptar el entorno para favorecer los desplazamientos y **estimular el mantenimiento de la autonomía**, evitar barreras arquitectónicas, **estimular la independencia en las actividades básicas e instrumentales** y vigilar sus cambios ^{F29}.
- El plan de rehabilitación es **individualizado y progresivo**, sin sobrepasar la capacidad funcional del enfermo, y busca **recuperar la situación basal**; la evaluación de la inmovilidad debe hacerse lo antes posible ^{F29}.

Inmovilidad: reentrenamiento potenciando la autonomía

Joaquina es una señora de 82 años. La enfermera se propone diseñar, junto con la hija, un plan terapéutico para la prevención y reentrenamiento de la inmovilidad. De las medidas que se proponen a continuación es adecuado:

1. Potenciar las situaciones que supongan limitación física para Joaquina.
2. Suplir a Joaquina y/o su hija en las actividades instrumentales.
3. Iniciar el tratamiento de la movilización cuando Joaquina o su hija lo soliciten.
4. Potenciar la autonomía de Joaquina en función de sus capacidades de realización.
5. Enseñar a la hija a suplir las actividades de Joaquina con movilizaciones funcionales.

Deshidratación. El **agua corporal total disminuye con la edad** por el **aumento del tejido graso** y la **disminución de la masa magra** (del 55-60 % del peso a los 20 años al 45-50 % a los 80) ^{F31}. El anciano tiene **menor sensación de sed** (alteración de los osmorreceptores y **menos angiotensina**), **menor capacidad renal de concentrar la orina** y menor actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, con resistencia relativa a la ADH ^{F31,F32}. El margen de pérdida de agua es muy estrecho ^{F32}.

- Factores de riesgo de deshidratación: edad ≥ 85 años, sexo femenino, más de 4 fármacos, diuréticos o laxantes, soledad, **patología aguda (fiebre, vómitos, diarrea)**, calor, inmovilidad o encamamiento, **déficit cognitivo**, falta de cuidados; también la restricción voluntaria de líquidos por miedo a la incontinencia o la nicturia ^{F32,F31}.
- Necesidades basales: **1-1,5 ml por kcal ingerida** (30-35 ml/kg/día), unos **2.000-2.500 ml/día** (8-12 vasos) ^{F32}.
- Situaciones de estrés (SEGG): **vómitos o diarreas: aumentar la ingesta diaria en 600 ml**; taquipnea: +600 ml/día; calor ambiental: +300 ml por cada grado por encima de 37 °C; fiebre, sudoración o ejercicio: hasta 45 ml/kg/día ^{F32}.

Deshidratación en ancianos: factores de riesgo

¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de deshidratación en personas ancianas?:

1. El aumento de la masa corporal magra.
2. El deterioro en la producción de angiotensina.
3. La disminución del agua corporal total.
4. La disminución de la sed.

Deshidratación con vómitos o diarreas: aumentar 600 ml/día

En una persona anciana con problemas digestivos (vómitos o diarreas), y sin otra patología que lo contraindique, se debe cumplimentar la ingesta básica de líquidos o líquidos con electrolitos e incrementar los aportes como mínimo en:

1. 300 ml/día.
2. 400 ml/día.
3. 500 ml/día.
4. 600 ml/día.

9. Fármacos en el anciano: criterios STOPP/START y adherencia

Los criterios **STOPP/START** son un conjunto explícito de criterios, ordenados por sistemas fisiológicos, para detectar la prescripción inapropiada en mayores ^{F33}.

- **STOPP** (*Screening Tool of Older Persons' Prescriptions*): **medicamentos potencialmente inapropiados** ^{F33}.
- **START** (*Screening Tool to Alert to Right Treatment*): **omisiones de prescripción**, es decir, fármacos indicados que no se están usando ^{F33}. Frente a los criterios de Beers, su aportación más novedosa fue precisamente la lista START ^{F34}.
- Versiones: 2008 (65 STOPP y 22 START), 2015 (80 y 34; 114 criterios) y **versión 3 de 2023, con 190 criterios** ^{F33}.

La prescripción inapropiada tiene consecuencias para la salud (reacciones adversas, síndromes geriátricos, morbilidad) y para el sistema sanitario (**aumento de costes**, estancias excesivas) ^{F34}. La versión española de 2015 dedica un apartado al **aspecto económico**: el coste de las omisiones detectadas por START se estimó en 112.745 euros para 600 pacientes en un año, y el coste de la prescripción inapropiada detectada por STOPP en Irlanda fue de 318 euros por paciente y año ^{F34}; es decir, los criterios tienen **implicaciones farmacoeconómicas**. Comparados con los de Beers, los STOPP han sido **superiores en detectar y prevenir eventos adversos y reacciones adversas** y en detectar a los pacientes hospitalizados por una reacción adversa ^{F34}. Su coste-efectividad en resultados clínicos sigue siendo incierta ^{F33}.

EIR 2025 · 108

P2 · respuesta en el solucionario

Criterios STOPP/START

En relación a los criterios STOPP (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*)/START (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*), es correcto:

1. Los criterios START se utilizan para identificar medicamentos potencialmente inapropiados.
2. Los criterios STOPP se utilizan para detectar la omisión de los tratamientos necesarios.
3. Pueden tener implicaciones farmacoeconómicas.
4. Han demostrado tener una mayor especificidad y menor sensibilidad que los criterios Beers.

Adherencia. Para favorecer la adherencia, la información al paciente debe ser individualizada e incluir qué es el medicamento, **cómo es probable que afecte a su enfermedad (sus beneficios), los efectos adversos probables o importantes y qué hacer si aparecen**, y cómo usarlo ^{F35}. Si los efectos secundarios son un problema, se comentan con el paciente los beneficios, efectos secundarios y efectos a largo plazo para que decida informado ^{F35}. En el anciano, el consenso de fragilidad pide valorar la adherencia y sus causas (olvidos, abandono por intolerancia o efectos secundarios, problemas económicos) e intervenir, por ejemplo con sistemas personalizados de dosificación (pastilleros preparados en la farmacia) ^{F3}.

Adherencia terapéutica en ancianos: explicar efectos esperados y secundarios

¿Qué intervención enfermera es un principio general para favorecer el cumplimiento del tratamiento en las personas ancianas?:

1. Convencer de que con su seguimiento se conseguirá combatir el proceso de envejecimiento.
2. Pautar su tratamiento respetando su automedicación.
3. Recomendar que busque ayuda y apoyo en alguna persona cercana.
4. No preocuparles con los posibles efectos secundarios y colaterales.
5. Explicar los efectos esperados y los posibles efectos colaterales.

Todas las preguntas del tema (28)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 113

P1 · respuesta en el solucionario

¿Qué afirmación describe con mayor precisión la magnitud y consecuencias de las caídas en personas mayores?:

1. Aproximadamente un tercio de los mayores de 65 años y la mitad de los mayores de 80 años presentan al menos una caída al año, y entre el 20 – 30 % de estos sufren una lesión que puede comprometer su autonomía o incrementar la mortalidad.
2. Entorno al 10 % de las personas mayores de 80 años presentan caídas anuales, con lesiones habitualmente leves sin repercusión funcional.
3. La prevalencia de caídas en mayores de 65 años es inferior al 5 %, son más frecuentes en hombres consumidores de polifarmacia y se dan en el domicilio.
4. Aproximadamente el 20 % de los mayores de 65 años y dos tercios de los mayores de 80 años presentan al menos una caída al año, y entre el 30 – 40 % de estos sufren una lesión que puede comprometer su autonomía o incrementar la mortalidad.

EIR 2025 · 108

P2 · respuesta en el solucionario

En relación a los criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)/START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment), es correcto:

1. Los criterios START se utilizan para identificar medicamentos potencialmente inapropiados.
2. Los criterios STOPP se utilizan para detectar la omisión de los tratamientos necesarios.
3. Pueden tener implicaciones farmacoeconómicas.
4. Han demostrado tener una mayor especificidad y menor sensibilidad que los criterios Beers.

EIR 2025 · 106

P3 · respuesta en el solucionario

Cumple criterios de inclusión en el programa de detección precoz de fragilidad en el ámbito sanitario, según el consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor 2022 del Ministerio de Sanidad:

1. Persona ≥ 65 años y un Barthel 61-90 puntos.
2. Persona ≥ 70 años y un Barthel ≥ 90 puntos.
3. Persona ≥ 75 años y un Barthel 21-60 puntos.
4. Persona ≥ 80 años y un Barthel < 20 puntos.

¿Cuál es la afirmación correcta en cuanto a lo propuesto por la Iniciativa de Liderazgo Global en Sarcopenia (GLIS) en 2024?:

1. La definición conceptual propuesta por la GLIS se realizó a partir de un metaanálisis reciente sobre diferentes métodos diagnósticos para la patología sarcopénica.
2. La definición conceptual propuesta por la GLIS se realizó a partir de una revisión sistemática reciente sobre diferentes métodos diagnósticos para la patología sarcopénica.
3. La definición conceptual propuesta por la GLIS para la sarcopenia incluye un déficit de masa muscular, de fuerza y de rendimiento físico.
4. La definición conceptual propuesta por la GLIS para la sarcopenia incluye un déficit de masa muscular, de fuerza y de fuerza específica.

Señale la respuesta correcta respecto a la herramienta de cribado para la sarcopenia ISHII (Ishii screening tool):

1. La herramienta de cribado ISHII, no se encuentra entre las recomendadas por la EWGSOP2 para cribar la sarcopenia en la práctica clínica.
2. La herramienta de cribado ISHII está compuesta por tres variables: edad, fuerza de agarre y circunferencia de la pantorrilla.
3. La herramienta de cribado ISHII está compuesta por tres variables: sexo, fuerza de agarre y circunferencia del muslo.
4. La herramienta de cribado ISHII no sirve como herramienta de cribado temprano para sarcopenia.

¿Qué criterio NO se considera válido para la captación activa, a personas de 70 o más años, según el documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor?:

1. Test de Barthel < 90 puntos.
2. Test de FRAIL $\geq$ 1 punto.
3. Prueba Corta de Desempeño Físico o Short Physical Performance Battery (SPPB) <10 puntos.
4. Velocidad de la Marcha sobre 4 metros <0,8 m/s.

Cuál es el grado de enfermedad sarcopénica que padece un paciente de 77 años, cuyos resultados a las pruebas recomendadas por el Grupo Europeo de Trabajo en Sarcopenia en Personas Mayores (EWGSOP2), son: Cuestionario SARC-F positivo, ergometría manual 20 kg, cantidad de masa muscular esquelética apendicular medida por bioimpedancia eléctrica 18 kg, y velocidad de marcha 0,9 m/s:

1. Sarcopenia probable.
2. No padece sarcopenia.
3. Sarcopenia severa.
4. Sarcopenia confirmada.

¿Cuál de los siguientes cuestionarios se encuentra indicado por el Grupo Europeo de Trabajo en Sarcopenia en Personas Mayores (EWGSOP2) para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con sarcopenia?:

1. MuscleQoL.
2. SarQoL.
3. SarcopQoL.
4. MioQoL.

Sobre la Fragilidad en personas mayores es cierto que:

1. La Fragilidad no es una entidad inherente al propio proceso de envejecimiento, sino que es potencialmente reversible, incluso de forma espontánea.
2. La intervención sobre la Fragilidad no se ha demostrado costo-efectiva para alargar la vida, pero sí para hacerla más saludable.
3. Las intervenciones de carácter individual sobre la Fragilidad son más efectivas que las de carácter multifactorial.
4. Dadas sus características, el abordaje adecuado de la Fragilidad requiere superar la perspectiva de género y plantear una atención igualitaria tanto para mujeres como para hombres.

¿Cuál de las siguientes es una prueba de ejecución a utilizar de forma preferente para la detección precoz de fragilidad en la consulta de la enfermera de familia?:

1. Prueba Corta de Desempeño Físico o Short Physical Performance Battery (SPPB).
2. Prueba levántate y anda seriado o Test Get Up and Go.
3. Escala SHARE-FI.
4. Escala FRAIL.

Según el Grupo Europeo de Trabajo en Sarcopenia en Personas Mayores 2 (EWGSOP2), ¿qué herramientas pueden ser utilizadas en la práctica clínica para el cribado de casos de sarcopenia?:

1. La fuerza de agarre y el test de velocidad de la marcha.
2. El cuestionario SARC-F y la fuerza de agarre.
3. La herramienta de cribado ISHII y el cuestionario SARC-F.
4. La fuerza de agarre y el test Sit-To-Stand.

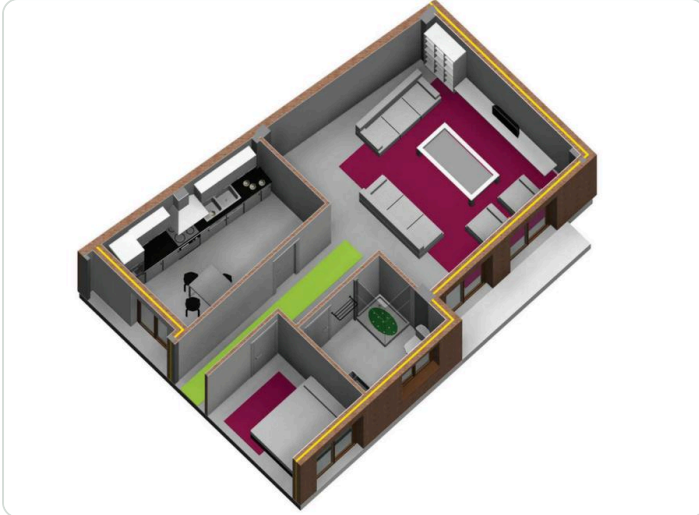
Sobre el Síndrome Confusional Agudo en el anciano es INCORRECTO que:

1. Es un síndrome clínico transitorio y reversible también conocido como delirium.
2. Se caracteriza por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva, de inicio agudo y progresivo.
3. Se relaciona directamente con la existencia o desarrollo de un diagnóstico de demencia, aunque no se hubiese diagnosticado hasta la fecha.
4. Sus síntomas pueden cronificarse y generar secuelas permanentes.

El documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor dentro de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, especifica y aborda propuestas de desarrollo. Identifique la INCORRECTA:

1. Se trata de realizar una detección oportunista organizada a personas mayores de 70 años.
2. El ámbito de actuación es Atención Primaria y entorno comunitario, en coordinación con los recursos especializados geriátricos y hospitalarios oportunos.
3. Se realiza una valoración inicial de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante la escala autorreferida de Barthel.
4. En caso de que la persona obtenga una puntuación menor de 90 puntos en la escala autorreferida de Barthel, se procederá a realizar el cribado de fragilidad.

Pregunta vinculada a la imagen nº 3. A.J.M de 72 años vive solo en su casa y en la imagen se aprecian posibles riesgos de caídas. La Enfermera de Atención Primaria acude a su domicilio para valoración de los riesgos del hogar. Indique cuál de las siguientes sería una de las recomendaciones para solucionar los problemas detectados:



1. Fijar bien las alfombras del salón, pasillo y dormitorio al suelo con una superficie antideslizante.
2. Eliminar la alfombrilla antideslizante del suelo de la ducha, puesto que solo se ha demostrado su efecto en bañeras.
3. Colocar los artículos y utensilios de cocina que utiliza más a menudo en los armarios y estanterías superiores para tener más espacio y seguridad en la encimera.
4. No se observan factores de riesgo de caídas en este domicilio, salvo cambiar la disposición de la estantería situada junto al mueble de la televisión, ya que puede obstaculizar el paso.

Respecto a la prevención de caídas en las personas ancianas, en el test de “levántate y anda” cronometrado, el valor mínimo a partir del cual se considera elevado riesgo de caídas es:

1. 10 segundos.
2. 20 segundos.
3. 30 segundos.
4. 40 segundos.

Sobre la Sarcopenia es cierto que:

1. La presarcopenia es un síndrome caracteriza de por una masa muscular normal y una pérdida gradual y generalizada de la fuerza muscular.
2. Se clasifica en 4 estadios: asarcopenia, presarcopenia, sarcopenia, sarcopenia grave o severa.
3. La velocidad de la marcha no suele afectarse por la sarcopenia, pero sí la capacidad para mantenerse de pie por periodos prolongados.
4. Se considera la sarcopenia como de causa primaria cuando está relacionada con la edad avanzada.

Las intervenciones multifactoriales para la prevención de caídas en ancianos frágiles incluyen:

1. Consejo nutricional y ejercicio.
2. Programa de estilos de vida saludables.
3. Valoración del grado de dependencia y riesgo de caídas.
4. Programa de actividad física, revisión de medicación y riesgos del hogar.

Sergio, anciano de 90 años presenta deterioro cognitivo de inicio agudo, desorientación, alucinaciones visuales y actividad psicomotriz retardada, ¿Cuál sería el diagnóstico más probable que presentará Sergio?:

1. Demencia.
2. Depresión.
3. Alzheimer.
4. Delirium.

¿Cuál de los siguientes NO forma parte de los criterios propuestos por Fried et al. para definir el síndrome de fragilidad?:

1. Pérdida de peso no intencionada equivalente a 10 Kg, o bien 10% del peso corporal en el último año.
2. Lentitud en la marcha.
3. Grado de actividad física bajo.
4. Baja energía y resistencia.

De las siguientes, ¿cuál NO es una complicación asociada a la inmovilidad en el anciano?:

1. Anabolismo proteico.
2. Osteoporosis.
3. Estasis urinaria.
4. Atelectasias.

El Sr. T. T. de 92 años, ingresado en la unidad de hospitalización recientemente, ha comenzado con diferentes síntomas que hacen sospechar que presenta un síndrome confusional agudo. Dentro de las medidas de prevención y cuidados para este problema está indicado:

1. Aconsejar a la familia que no deje de estimular permanentemente al paciente.
2. Utilizar la contención física en todos estos pacientes para evitar caídas.
3. Evitar juntar dos pacientes con este problema en la misma habitación.
4. Retirar las prótesis dentales, auditivas y visuales para prevenir lesiones.
5. Evitar cualquier tipo de iluminación nocturna en la habitación para favorecer el descanso.

¿Con cuál de los siguientes parámetros se identifica el concepto de fragilidad en las personas mayores?

1. Menor reserva fisiológica.
2. Dependencia.
3. Edad avanzada.
4. Polifarmacia.
5. Incapacidad.

T. R. de 89 años, presenta inestabilidad y ha sufrido una caída. Respecto a las caídas en las personas mayores, es correcto que:

1. La mayoría de las caídas se producen realizando actividades peligrosas.
2. Los factores que más influyen en el riesgo de caídas son los intrínsecos influidos por las enfermedades de base.
3. Los factores que más influyen en el riesgo de caídas son los relacionados con los cambios propios del envejecimiento.
4. Supone mayor riesgo de caídas el subir escaleras que bajarlas.
5. Los factores que más influyen en la génesis de caídas en mayores frágiles son los extrínsecos.

FLG, paciente de 85 años, ha sido ingresado en una unidad de hospitalización presentando un síndrome confusional agudo, el cual se caracteriza por:

1. Un déficit de memoria sin alteración de la conciencia.
2. Alteraciones de la conciencia sin cambios en las funciones cognoscitivas.
3. Ser irreversible.
4. Síntomas fluctuantes a lo largo del día.
5. El inicio en un largo plazo de tiempo.

¿Cuál es el principal indicador para diagnosticar la fragilidad en las personas mayores?:

1. Índice de masa corporal.
2. Eficiencia metabólica.
3. Comorbilidad.
4. Nivel de autonomía.
5. Velocidad en la marcha.

Joaquina es una señora de 82 años. La enfermera se propone diseñar, junto con la hija, un plan terapéutico para la prevención y reentrenamiento de la inmovilidad. De las medidas que se proponen a continuación es adecuado:

1. Potenciar las situaciones que supongan limitación física para Joaquina.
2. Suplir a Joaquina y/o su hija en las actividades instrumentales.
3. Iniciar el tratamiento de la movilización cuando Joaquina o su hija lo soliciten.
4. Potenciar la autonomía de Joaquina en función de sus capacidades de realización.
5. Enseñar a la hija a suplir las actividades de Joaquina con movilizaciones funcionales.

Fermín, de 84 años, ha sido ingresado en el hospital por un cuadro agudo de dolor abdominal. Tiene déficit visual, no ha dormido la noche anterior y manifiesta estar nervioso. Este anciano tiene riesgo de confusión aguda. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones se asocia al trastorno confusional?:

1. Tiene un inicio insidioso.
2. Empeora durante el día.
3. Es irreversible.
4. Con frecuencia se invierte el ciclo sueño-vigilia.
5. Cursa con delirios.

La fragilidad en las personas adultas mayores se considera como:

1. El estado previo a la discapacidad.
2. La consecuencia de la disfunción de un sistema.
3. La predisposición al desarrollo de discapacidades.
4. Un estado relacionado linealmente con la vejez que aumenta con la edad.
5. Un estado que cursa irremediablemente con discapacidad.

Preguntas que también podrían ser de este tema (22)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 115

P29 · respuesta en el solucionario

Una mujer de 64 años, con demencia frontotemporal variante conductual, inicia tratamiento con trazodona para controlar irritabilidad y agitación. Tras dos semanas, la enfermera observa somnolencia diurna marcada y mareos frecuentes. ¿Cuál debería ser la actuación prioritaria de la enfermera ante estos efectos secundarios?:

1. Reforzar medidas de seguridad para prevenir caídas y comunicar al médico responsable la aparición de sedación y mareo.
2. Aconsejar aumentar la dosis de trazodona para lograr mayor control de los síntomas conductuales.
3. Recomendar suspender por completo el tratamiento y consultar con su médico.
4. Considerar que los síntomas son esperables y no requieren intervención específica.

EIR 2024 · 33

P30 · respuesta en el solucionario

Señale cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el papel de las células senescentes en el desarrollo de la sarcopenia:

1. Las células senescentes secretan factores inflamatorios, conocidos como "SenescenceAssociated Secretory Phenotype" (SASP), que pueden desencadenar una respuesta inflamatoria crónica en el músculo y agravar la sarcopenia.
2. No se han demostrado los efectos de la Senescence-Associated Secretory Phenotype" (SASP) sobre el comportamiento celular en el contexto de la progresión tumoral.
3. El proceso para eliminar selectivamente las células senescentes se llama fenólisis y supone una estrategia potencial que puede prevenir o revertir la sarcopenia.
4. En la sarcopenia, el aumento de las células senescentes en el tejido muscular contribuye a una mayor estimulación de la ruta anabólica m-Tor.

EIR 2023 · 151

P31 · respuesta en el solucionario

Sobre la Escala de Tinetti, para valorar el riesgo de caídas, es correcto que:

1. Consta de 24 ítems que valoran el equilibrio estático y la marcha.
2. Puntúa de 1 a 5 según la percepción del examinador sobre el riesgo de caídas del paciente; se considera 1 como normal y 5 como alterado.
3. Consiste en observar al individuo mientras se levanta de una silla, camina 3 metros y vuelve a ella.
4. Permite clasificar en tres gradientes: normal, cuando es mayor de 24 puntos; adaptado, cuando está entre 19 y 24 puntos, y anormal, cuando es inferior a 19 puntos.

Una prueba frecuente para valorar la capacidad y competencia física de las personas mayores es la valoración de la Velocidad de la Marcha (VM) sobre 4 metros, que predice, entre otros, el estado de fragilidad, cuando:

1. La velocidad de la marcha es superior a 1 metro por segundo.
2. La velocidad de la marcha es superior a 0,8 metros por segundo.
3. La velocidad de la marcha es inferior a 0,8 metros por segundo.
4. La velocidad de la marcha es inferior a 1 metro por segundo.

La valoración mediante el Short Physical Performance Battery (SPPB) a una persona mayor de 70 años con una puntuación por debajo de 10, indica todo lo siguiente EXCEPTO:

1. Fragilidad.
2. Elevado riesgo de discapacidad.
3. Riesgo de caídas.
4. Deterioro cognitivo.

Indique la opción correcta en relación a las pruebas diagnósticas de la disfagia MECV-V:

1. Se proporciona al paciente una solución con tres viscosidades diferentes: líquida, néctar y pudding. La prueba comienza administrando al paciente la textura pudding, después la textura néctar y finalmente la textura líquida.
2. Se valoran tres alteraciones en la seguridad: tos, cambios en la voz y desaturación >3%. Estas alteraciones conllevan cambios en las siguientes texturas a administrar, y la interrupción de la prueba si suceden en la textura pudding.
3. Se valoran cuatro alteraciones de la eficacia: ineficacia del sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo. Estas alteraciones suponen la interrupción de la prueba y conllevan la colocación de una sonda para alimentación.
4. El volumen y viscosidad seguro para el paciente es aquél en el que han aparecido alteraciones de la eficacia, pero no alteraciones en la seguridad.

Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el Delirium:

1. La etiología es orgánica, con origen en una enfermedad médico-quirúrgica o debido a una alteración cerebral o extracerebral.
2. Es un problema potencialmente grave que conlleva una alta tasa de mortalidad si no se hace un diagnóstico y tratamiento temprano.
3. El sistema de ideas delirantes es estructurado y sistematizado.
4. Existe alteración del estado de consciencia.

La cantidad de masa muscular esquelética es relevante en el diagnóstico de la patología sarcopénica. Este parámetro puede estimarse utilizando una gran variedad de técnicas. ¿Cuál de las siguientes opciones es la prueba no invasiva más precisa para su determinación?:

1. Resonancia magnética (RM).
2. Índice de Masa Corporal (IMC).
3. Densitometría ósea (DXA).
4. Bioimpedancia eléctrica (BIA).

La exploración deglutoria con el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) se realiza a pacientes en los que se sospecha disfagia orofaríngea. Según este método, ¿cuáles de estos signos, nos indicarían alteración de la seguridad de la deglución?:

1. Deglución fraccionada, residuo oral y babeo.
2. Residuo faríngeo, propulsión lenta y sello labial incompleto.
3. Tos, voz húmeda, desaturación de oxígeno $\geq 3\%$.
4. Tos, cambios en el tono de voz, saturación de oxígeno $< 92\%$ durante la exploración.

¿Cuáles son los 5 dominios del cuestionario FRAIL?:

1. Fatigabilidad, Resistencia, Deambulaci3n, Comorbilidad y P3rdida de Peso.
2. Fatigabilidad, Transferencias, Deambulaci3n, Comorbilidad y P3rdida de Peso.
3. Fatigabilidad, Transferencias, Deambulaci3n, Comorbilidad y Autocuidado.
4. Fatigabilidad, Transferencias, Deambulaci3n, Adherencia al tratamiento farmacol3gico y Autocuidado.

El Método Volumen Viscosidad (MECV-V) permite identificar a los pacientes con disfagia orofaríngea. Indique el algoritmo correcto para su puesta en práctica:

1. Serie de 5 ml, 10 ml y 20 ml de viscosidad pudding, progresar a viscosidad néctar (5 ml, 10 ml y 20ml) y concluir con viscosidad líquida (5 ml, 10 ml y 20 ml).
2. Serie de 5 ml, 10 ml y 20 ml de viscosidad néctar, progresar a viscosidad pudding (5 ml, 10 ml y 20ml) y concluir con viscosidad líquida (5 ml, 10 ml y 20 ml).
3. Serie de 5 ml, 10 ml y 20 ml de viscosidad líquida, progresar a viscosidad néctar (5 ml, 10 ml y 20ml) y concluir con viscosidad pudding (5 ml, 10 ml y 20 ml).
4. Serie de 5 ml, 10 ml y 20 ml de viscosidad néctar, progresar a viscosidad líquida (5 ml, 10 ml y 20ml) y concluir con viscosidad pudding (5 ml, 10 ml y 20 ml).

En una persona anciana con problemas digestivos (vómitos o diarreas), y sin otra patología que lo contraindique, se debe cumplimentar la ingesta básica de líquidos o líquidos con electrolitos e incrementar los aportes como mínimo en:

1. 300 ml/día.
2. 400 ml/día.
3. 500 ml/día.
4. 600 ml/día.

¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de deshidratación en personas ancianas?:

1. El aumento de la masa corporal magra.
2. El deterioro en la producción de angiotensina.
3. La disminución del agua corporal total.
4. La disminución de la sed.

En pacientes con insomnio vinculado a inquietud y desorientación secundaria a déficit cognitivo, ¿cuál debería ser la actitud apropiada en relación al patrón de sueño?:

1. Es necesario imponer un patrón de sueño específico, en cualquier caso.
2. Si el paciente duerme durante el día, pero también lo hace durante la noche, no es necesario imponer un patrón de sueño específico.
3. No es necesario conseguir un patrón de sueño concreto en pacientes con déficit cognitivo. Con el tiempo, se autorregulará.
4. Es preceptivo respetar sus momentos de sueño, independientemente de que estos se produzcan por el día.

Al valorar en una persona anciana el Riesgo de caídas siguiendo la Escala de Downton, cuál de los siguientes elementos no habremos valorado:

1. La toma de medicamentos hipotensores no diuréticos.
2. La limitación sensorial visual.
3. La deambulación estable con bastón.
4. El entorno desfavorable.

Señale cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo de incontinencia urinaria en personas mayores:

1. Función inadecuada del tracto urinario inferior.
2. Hiperactividad del nervio hipogloso.
3. Presencia de barreras arquitectónicas.
4. Deterioro de la movilidad física.

La incontinencia urinaria afecta a una población importante de personas mayores. A la hora de aplicar diferentes terapias conductuales debemos tener en consideración que el entrenamiento de la vejiga urinaria o entrenamiento vesical:

1. Puede ser aplicado si el paciente está motivado y no tiene deterioro cognitivo ni físico.
2. Mejora la función de la vejiga en las personas con incontinencia funcional.
3. Ha demostrado ser eficaz en personas con déficits cognitivos.
4. Se define como el establecimiento de un esquema predecible de vaciado de la vejiga.
5. Se define como la mejoría de la función de la vejiga en cualquier tipo de incontinencia en personas con o sin deterioro cognitivo.

En el informe de salud de la Sra. P. T. de 83 años de edad, se recoge que presenta un cuadro depresivo. Respecto a la depresión en las personas mayores se ha descrito que:

1. Es infrecuente que presenten síntomas somáticos.
2. No es característico que aparezcan trastornos cognitivos.
3. La escala de Yesavage es un instrumento para establecer un diagnóstico seguro de depresión.
4. Existe unanimidad al afirmar que tiene unas manifestaciones específicas en mayores.
5. Puede haber cuadros de pseudodemencia, con síntomas de demencia pero originados por estados depresivos.

¿Cuál es la principal causa de incontinencia urinaria funcional en las personas ancianas?

1. Inestabilidad del detrusor.
2. Obstrucción por fecalomas.
3. Laxitud de la musculatura del suelo de la pelvis.
4. Barreras medioambientales.
5. Retención urinaria inducida por la medicación.

La primera medida terapéutica en una paciente de 80 años que presenta incontinencia urinaria funcional será:

1. Recomendar la doble micción.
2. Enseñar ejercicios para fortalecer el suelo pélvico.
3. Establecer micciones programadas.
4. Controlar las barreras ambientales.
5. Entrenar el hábito miccional.

¿Qué intervención enfermera es un principio general para favorecer el cumplimiento del tratamiento en las personas ancianas?:

1. Convencer de que con su seguimiento se conseguirá combatir el proceso de envejecimiento.
2. Pautar su tratamiento respetando su automedicación.
3. Recomendar que busque ayuda y apoyo en alguna persona cercana.
4. No preocuparles con los posibles efectos secundarios y colaterales.
5. Explicar los efectos esperados y los posibles efectos colaterales.

¿Cuál de las siguientes causas puede ocasionar incontinencia urinaria por rebosamiento en el paciente geriátrico?:

1. Vejiga átona.
2. Barreras ambientales.
3. Lesiones uretrales ocurridas durante la prostatectomía.
4. Inestabilidad del detrusor.
5. Por factores mentales, psicológicos y ambientales.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 113	1	
P2	EIR 2025 · 108	3	
P3	EIR 2025 · 106	2	
P4	EIR 2025 · 104	4	
P5	EIR 2024 · 59	2	
P6	EIR 2024 · 58	1	
P7	EIR 2023 · 153	4	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2023 · 152	2	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2023 · 150	1	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2023 · 48	1	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2022 · 203	2	
P12	EIR 2021 · 74	3	
P13	EIR 2020 · 96	4	
P14	EIR 2020 · 3	1	
P15	EIR 2019 · 28	2	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2019 · 26	4	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2018 · 187	4	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2018 · 39	4	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2017 · 121	1	
P20	EIR 2017 · 113	1	
P21	EIR 2015 · 179	3	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2014 · 166	1	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2014 · 161	2	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2013 · 147	4	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2013 · 144	5	reconstruida por un tercero

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2012 · 103	4	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2012 · 46	4	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2010 · 93	3	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2026 · 115	1	
P30	EIR 2024 · 33	1	
P31	EIR 2023 · 151	4	hoja del archivo oficial
P32	EIR 2023 · 149	3	hoja del archivo oficial
P33	EIR 2022 · 181	4	
P34	EIR 2022 · 104	2	
P35	EIR 2021 · 78	3	
P36	EIR 2021 · 72	1	
P37	EIR 2020 · 134	3	
P38	EIR 2020 · 81	1	
P39	EIR 2020 · 18	4	
P40	EIR 2019 · 30	4	hoja del archivo oficial
P41	EIR 2019 · 27	1	hoja del archivo oficial
P42	EIR 2018 · 97	2	hoja del archivo oficial
P43	EIR 2017 · 189	4	
P44	EIR 2016 · 189	2	hoja del archivo oficial
P45	EIR 2015 · 181	1	reconstruida por un tercero
P46	EIR 2015 · 178	5	reconstruida por un tercero
P47	EIR 2014 · 163	4	reconstruida por un tercero
P48	EIR 2013 · 150	4	reconstruida por un tercero
P49	EIR 2009 · 90	5	reconstruida por un tercero
P50	EIR 2004 · 18	1	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid; 2014 (aprobado por el Consejo Interterritorial el 11 de junio de 2014). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/FragilidadCaidas_personamayor.pdf · consultada 2026-09-26
- **F2** Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Madrid; 2022 (sustituido por la actualización de 2026). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadCaidas_personamayor.pdf · consultada 2026-09-26
- **F3** Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor (2026). Aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 9 de abril de 2026. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/actualizacionDoc_FragilidadCaidas_personamayor2026.pdf · consultada 2026-09-26
- **F4** Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/3/M146/545770> (20-04-2024), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146> · consultada 2026-09-26
- **F5** Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. J Nutr Health Aging. 2012;16(7):601-8. · <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0084-2> · consultada 2026-09-26
- **F6** Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 13: Luengo Márquez C, et al. Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos, pp. 143-150. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2013_II.pdf · consultada 2026-09-26
- **F7** Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al.; EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31, con su fe de erratas (Age Ageing. 2019;48(4):601). · <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169> · consultada 2026-09-26
- **F8** Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP). Age Ageing. 2010;39(4):412-23. · <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034> · consultada 2026-09-26
- **F9** Kirk B, Cawthon PM, Arai H, et al.; Global Leadership Initiative in Sarcopenia (GLIS). The Conceptual Definition of Sarcopenia: Delphi Consensus from the GLIS. Age Ageing. 2024;53(3):afae052. · <https://doi.org/10.1093/ageing/afae052> · consultada 2026-09-26
- **F10** Ishii S, Tanaka T, Shibasaki K, et al. Development of a simple screening test for sarcopenia in older adults. Geriatr Gerontol Int. 2014;14 Suppl 1:93-101 (resumen). · <https://doi.org/10.1111/ggi.12197> · consultada 2026-09-26
- **F11** He Y, Xie W, Li H, et al. Cellular Senescence in Sarcopenia: Possible Mechanisms and Therapeutic Potential. Front Cell Dev Biol. 2021;9:793088. · <https://doi.org/10.3389/fcell.2021.793088> · consultada 2026-09-26
- **F12** SEGG. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 19: Villar San Pío T, et al. Síndromes geriátricos. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas, pp. 199-209. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2019_II.pdf · consultada 2026-09-26

- **F13** Organización Mundial de la Salud. Caídas. Nota descriptiva, 26 de abril de 2021. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls> · consultada 2026-09-26
- **F14** Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Diciembre de 2009 (escala de riesgo de caídas de J. H. Downton, p. 13-14). · https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/procedimiento_caidas.pdf · consultada 2026-09-26
- **F15** Servicio Andaluz de Salud. Escala de valoración del equilibrio y la marcha (Tinetti). Documento de plan de cuidados, 2019. · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/PT4_EquilyMarcha.pdf · consultada 2026-09-26
- **F16** Rushworth C, Hoford G, Hodgson P. Understanding Physiotherapy Within Older Adult Inpatient Mental Health Wards: Tailoring Physiotherapy Pathways in a Complex Environment. Healthcare (Basel). 2025;13(24):3226 (puntos de corte del Tinetti de 28 puntos). · <https://doi.org/10.3390/healthcare13243226> · consultada 2026-09-26
- **F17** AEMPS-CIMA. Ficha técnica de Deprax 100 mg comprimidos (trazodona), n.º de registro 78762. Revisión del texto: noviembre de 2023. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/78762/FT_78762.html · consultada 2026-09-26
- **F18** SEGG. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 18: Antón Jiménez M, Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E. Delirium o síndrome confusional agudo, pp. 189-198. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2018_II.pdf · consultada 2026-09-26
- **F19** Grupo de trabajo de la GPC sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el SNS, AIAQS; 2010 (GuíaSalud; pendiente de actualización). · https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf · consultada 2026-09-26
- **F20** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. Clinical guideline CG103. 2010, actualizada el 18 de enero de 2023. · <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-26
- **F21** SEGG y Sociedad Española de Gerontopsiquiatria y Psicogeriatria. Gil Gregorio P, Martín Carrasco M (coord.). Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y ansiedad. Madrid; 2004. · <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/guiaDepresionAnsiedad.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F22** SEGG. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 4: Valoración geriátrica (valoración afectiva y escala de Yesavage), pp. 65-67. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf · consultada 2026-09-26
- **F23** Rofes L, Arreola V, Almirall J, et al. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. Gastroenterol Res Pract. 2011;2011:818979. · <https://doi.org/10.1155/2011/818979> · consultada 2026-09-26
- **F24** Clavé P, Arreola V, Romea M, et al. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clin Nutr. 2008;27(6):806-15 (resumen). · <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011> · consultada 2026-09-26
- **F25** Riera SA, Marin S, Serra-Prat M, et al. A Systematic and a Scoping Review on the Psychometrics and Clinical Utility of the Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST). Foods. 2021;10(8):1900. ·

<https://doi.org/10.3390/foods10081900> · consultada 2026-09-26

- **F26** SEGG. Tratado de Geriátria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 14: Verdejo Bravo C. Incontinencia y retención urinaria, pp. 151-160. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2014_II.pdf · consultada 2026-09-26
- **F27** SEGG. Gil Gregorio P (coord.), et al. Guía de buena práctica clínica en Geriátria. Incontinencia urinaria. Madrid; 2012. · <https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F28** Roe B, Ostaszkiwicz J, Milne J, Wallace S. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings from data analysis and outcomes using metastudy techniques. J Adv Nurs. 2007;57(1):15-31 (resumen). · <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04097.x> · consultada 2026-09-26
- **F29** SEGG. Tratado de Geriátria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 20: Torres Haba R, Nieto de Haro MD. Inmovilidad, pp. 211-216. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2020_II.pdf · consultada 2026-09-26
- **F30** Teasell R, Dittmer DK. Complications of immobilization and bed rest. Part 2: Other complications. Can Fam Physician. 1993;39:1440-2, 1445-6 (resumen, PMID 8324412). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8324412/> · consultada 2026-09-26
- **F31** SEGG. Tratado de Geriátria para Residentes. Madrid; 2006. Cap. 27: Veiga Fernández F, Barros Cerviño SM, Martínez Calvo JR. Deshidratación, p. 279 y ss. · https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2027_III.pdf · consultada 2026-09-26
- **F32** SEGG. Casado Moragón A, et al. Guía de buena práctica clínica en Geriátria. Hidratación y salud. Madrid; 2011 (patrocinada por una empresa de bebidas). · <https://www.segg.es/media/descargas/Gu%C3%ADa%20de%20buena%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20en%20Geriatr%C3%ADa%20-%20Hidrataci%C3%B3n%20y%20salud.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F33** O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023;14:625-32. · <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y> · consultada 2026-09-26
- **F34** Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89-96. · <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005> · consultada 2026-09-26
- **F35** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline CG76. 2009 (recomendaciones 1.1.29 y 1.2.9). · <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76> · consultada 2026-09-26
- **F36** Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. J Nutr Health Aging. 2008;12(1):29-37 (resumen, PMID 18165842, leído con las E-utilities del NCBI). · <https://doi.org/10.1007/BF02982161> · consultada 2026-09-28
- **F37** Servicio Andaluz de Salud, Estrategia de Cuidados de Andalucía. Guía FASE para la prevención y actuación ante una caída. 2017 (anexo 1: utilización de escalas). · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/guia_fase_caidas_0.pdf · consultada 2026-09-28
- **F38** European Delirium Association; American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. BMC Med. 2014;12:141 (tabla 1: criterios DSM-5 y DSM-IV; texto

leído con las E-utilities del NCBI, PMC4177077). · <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0141-2> · consultada 2026-09-28

- **F39** OpenStax (Betts JG, et al.). Anatomy and Physiology 2e. 13.4 The Peripheral Nervous System. Rice University, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/13-4-the-peripheral-nervous-system> · consultada 2026-09-28
- **F40** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: assessment and prevention in older people and in people 50 and over at higher risk. NICE guideline NG249. 29 de abril de 2025 (recomendación 1.1.1). · <https://www.nice.org.uk/guidance/ng249/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2018-097 (insomnio con desorientación por déficit cognitivo: «si duerme de día pero también de noche, no es necesario imponer un patrón de sueño») no se intercala: no se ha encontrado fuente válida que respalde la respuesta oficial (buscado en el Tratado de la SEGG, caps. 17, 18 y 26; GPC de demencias 2010; GPC de insomnio 2009; NICE CG103). Las guías hablan de establecer pautas e higiene del sueño. Refuerzo 2026-09-28: tampoco lo dicen la Guía de buena práctica clínica en Geriatria sobre insomnio de la SEGG (recomienda horario fijo y evitar la siesta) ni el plan de cuidados estandarizado de demencia del Hospital de Poniente (Andalucía) (NIC 1850 «Fomentar el sueño»: rutina al acostarse); las webs que dan la frase son de academias o de terceros. Es candidata también de M20-T03.
- Escala de Tinetti: no se ha encontrado fuente válida que llame «normal / adaptado / anormal» a los tramos de la puntuación total (>24, 19-24, <19); en la versión original esos rótulos califican cada ítem. El total de 28 puntos y el tramo >24 solo constan en la evaluación de un servicio clínico (F16), no en una validación; la SEGG solo da 19-24 y <19. No se ha podido leer el artículo original de Tinetti (1986): en su editorial (Wiley) es de pago y no está en PMC. Refuerzo 2026-09-28: la validación colombiana de Rodríguez Guevara y Lugo (Rev Colomb Reumatol 2012) da el total de 28 y los rótulos por ítem, pero no se usa porque el propio artículo dice que sale de un trabajo de máster, y llama «mínimo» al riesgo con 19-24; las demás páginas que dan los tres rótulos son de residencias, aseguradoras o academias.
- Escala de Downton: no se ha consultado la obra original (Downton JH. Falls in the elderly, 1993); se usa la reproducción literal de la Junta de Andalucía. Refuerzo 2026-09-28: no se ha encontrado edición abierta del libro (Edward Arnold, 1993).
- EIR2013-144 («principal indicador» de fragilidad = velocidad de la marcha): ninguna fuente válida usa esa expresión. Refuerzo 2026-09-28: lo más cercano es el grupo IANA (2008), que dice en condicional que la velocidad de la marcha podría ser el instrumento más adecuado (F36); el consenso de 2014 prefería el SPPB, que predijo mejor en estudios de cohortes.
- EIR2014-163 («principal» causa de IU funcional = barreras): ninguna fuente dice «principal»; en el estudio de residencias de Madrid la forma funcional más frecuente fue la dificultad para caminar. Refuerzo 2026-09-28: el módulo de la SEGG «Incontinencia en el anciano» (2013) y los manuales consultados citan las barreras entre las causas de la IU funcional, sin llamarlas principales; la frase «mayoritariamente serán las barreras» solo aparece en webs de academias.
- Complicaciones de la inmovilidad: «estasis urinaria» y «catabolismo proteico» no aparecen dichos así en fuente española oficial; se usan los equivalentes de la SEGG y de Teasell y Dittmer (1993). Refuerzo 2026-09-28: el texto completo de Teasell y Dittmer está en PMC (PMC2379609) solo como PDF, y su descarga pide una comprobación contra robots; las páginas en español que usan esas expresiones son de aseguradoras, cursos o TFG.

- Delirium: el texto oficial del DSM-5 y del DSM-5-TR (2022, vigente) es de pago; se usan los criterios DSM-5 de la tabla de la European Delirium Association y la American Delirium Society (F38). Según artículos secundarios, el DSM-5-TR solo retoca la redacción del criterio A; no se ha podido cotejar.