



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



ESTRATEGIA
PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Cinco años trabajando en Atención Primaria para mejorar la atención de las personas mayores frágiles, en la Comunidad de Madrid

**Marianela Bayón Cabeza. Técnico. Cartera de Servicios Estandarizados
Área de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria
Servicio Madrileño de Salud**



**Comunidad
de Madrid**

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Madrid, 22 de junio de 2022

Introducción



Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

- Población total: alrededor de 6,7 millones con TSI
- Población ≥ 70 años: 938.000 personas
- 262 centros de salud y 165 consultorios locales
- 13.000 profesionales, en turnos de mañana y tarde ($\approx 50\%$)

Antecedentes: documentos de referencia



→2014

Documento de
consenso sobre
prevención
de fragilidad y caídas
en la persona mayor
Estrategia de Promoción de
la Salud y Prevención en el SNS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2014
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” de SNS:

- Mantener la autonomía de las personas mayores
- Identificar precozmente la fragilidad y el alto riesgo de caídas
- Revertir la fragilidad y retrasar el declive funcional



“Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la comunidad de Madrid”. Estratificar a la población crónica en NIVELES DE INTERVENCIÓN (BAJO / MEDIO / ALTO), retrasar la progresión de las enfermedades, reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos y sus cuidadores.

Antecedentes: documentos de referencia



→ **2007**



“Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid”

→ **2018**



6ª Versión → Implementa ambas estrategias desarrollando servicios de salud específicos para pacientes crónicos en relación con los NIVELES DE INTERVENCIÓN y las CAPACIDADES FUNCIONALES

→ **Actualidad: 7ª Versión (2021)**

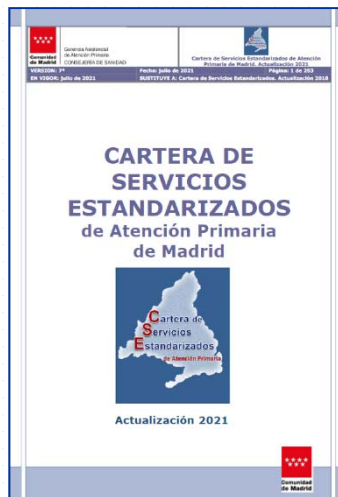


<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50454>

Cartera de Servicios Estandarizados de AP



- Incluye **40 servicios priorizados** compuestos por **intervenciones con evidencia científica o consenso de expertos**, cuyo objetivo es prevenir o tratar un problema de salud
- Los servicios se **estructuran en indicadores de proceso (222)**:
 - 47 Indicador de Cobertura (IC) y
 - 175 Indicadores de Calidad (criterios de buena atención: CBA)
- Las intervenciones se **registran en la historia clínica electrónica (AP_Madrid)**: protocolos y planes personales.
- La información registrada es **evaluada anualmente** (31 de diciembre) con “Lenguaje SQL” → resultado 222 indicadores
- Los resultados se visualizan en **eSOAP** → **Cuadro de mando de AP**



Cartera de Servicios Estandarizados de AP



AÑO 2018 → NUEVO SERVICIO



“Servicio 420. Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional”

- Sº 417. Prevención y detección de problemas en los mayores
- Sº 418. Atención a la persona mayor frágil (con indicadores de riesgo social y/o patología crónica invalidante)
- Sº 501. Atención domiciliaria a personas inmovilizados

**Desde 2007
hasta 2017**

Servicio 420. Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional



¿Cómo lo hicimos?

- En 2015 formamos un grupo de trabajo con médicos de familia y enfermeras de AP y un médico especialista en geriatría
- Revisamos el Documento de consenso 2014 y otras evidencias científicas
- Diseñamos el nuevo servicio
- A finales de 2016 el Grupo Asesor de Cartera de Servicios de Madrid (GACSE) → valida la propuesta y La Gerente de AP aprueba el cambio.
- Se introduce en la CSE 2018 → ¿2017?

“Servicio 420. Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional”



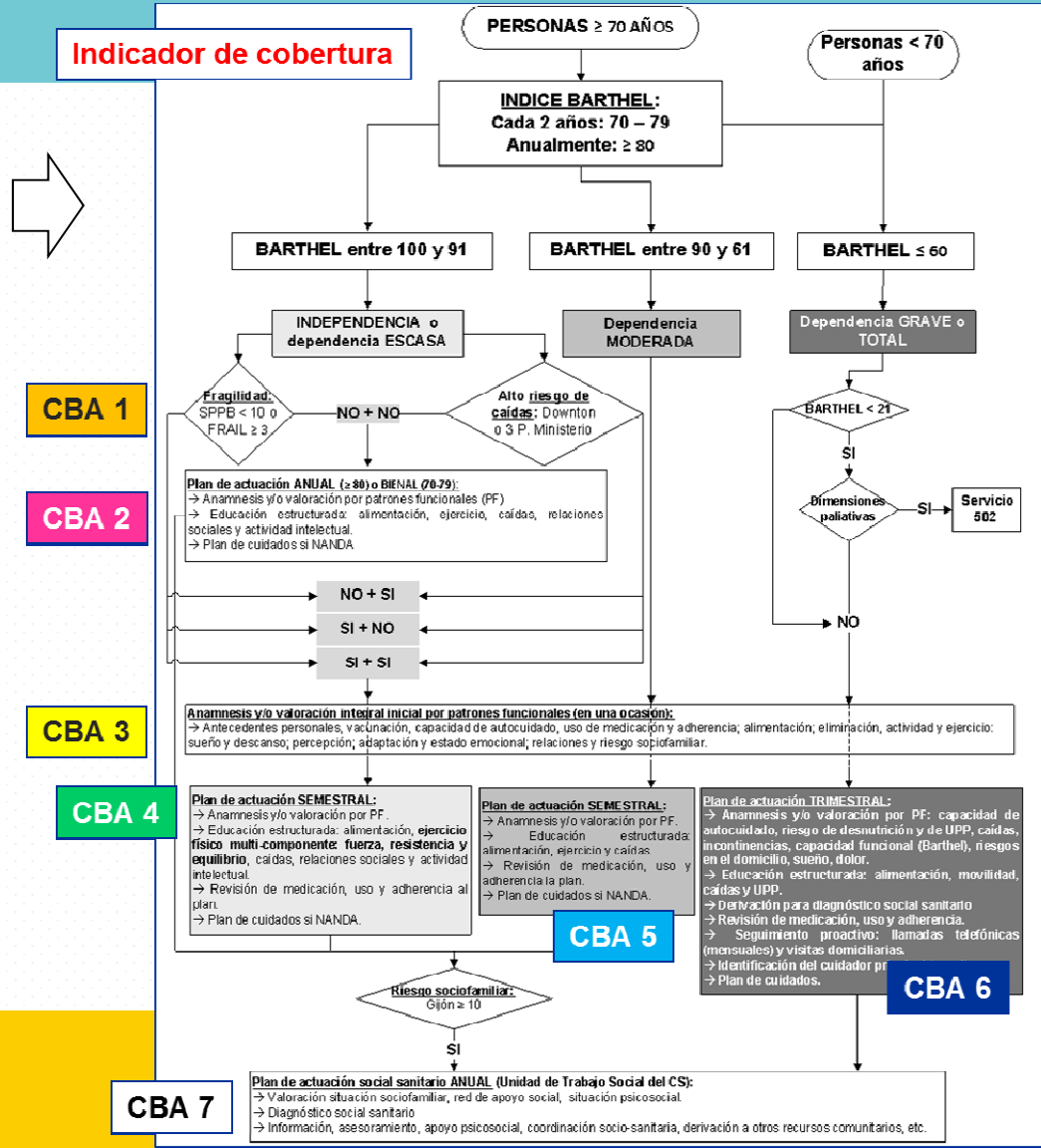
→ Estructura del servicio: 8 indicadores

- **COBERTURA:** Personas ≥ 70 años con cribado de capacidad funcional
- **CBA 1:** Cribado de fragilidad y riesgo de caídas
- **CBA 2:** Plan de actuación para mayores sin fragilidad y bajo riesgo de caídas
- **CBA 3:** Valoración integral inicial
- **CBA 4:** Plan de actuación para mayores con fragilidad o alto riesgo de caídas
- **CBA 5:** Plan de actuación para mayores con dependencia moderada
- **CBA 6:** Plan de actuación para personas con dependencia grave o total
- **CBA 7:** Plan de actuación social sanitario (novedad 2021)

Servicio 420: diagrama de flujo



Resume y agrupa las intervenciones incluidas en el servicio



Indicador de cobertura: cribado de capacidad funcional



INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{Nº de personas } \geq 70 \text{ años}} \times 100$$

Criterio de inclusión

Las personas de 70 años o más tendrán realizada una valoración de la capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria mediante **el Índice de Barthel** (Anexo 9. Índice de Barthel):

- cada dos años entre 70 y 79 años y
- anualmente con 80 años o más.

Se incluirán en el servicio las personas menores de 70 años que tengan realizado un Índice de Barthel con un resultado menor o igual a 60.

Aclaraciones:

Se realizará el Índice de Barthel en cualquier momento en el que el profesional detecte un cambio significativo en la capacidad funcional de la persona.

Índice de Barthel

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PIOS
Comer	- Independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne o pan, extender mantequilla, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente es capaz de lavarse entero usando la ducha o el baño	5
	- Dependiente	0
	- Independiente es capaz de ponerse y quitarse toda la ropa sin ayuda. Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.	10
Vestirse	- Dependiente	5
	- Dependiente	0
	- Independiente incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, etc.	5
Arreglarse	- Dependiente	5
	- Dependiente	0
	- Continúa algún episodio de incontinencia.	10
Deposiciones Valorar la semana previa	- Ocasional: un episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse enemas o supositorios.	5
	- Incontinente	0
	- Continúa algún episodio de incontinencia.	10
Micción Valorar la semana previa	- Ocasional: como mínimo un episodio de incontinencia en 24 horas; necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.	5
	- Incontinente	0
	- Independiente: usa el retrete, bacinilla o cufa sin ayuda y sin manchar o mancharse.	10
Usar el retrete	- Necesita una pequeña ayuda para quitarse y ponerse la ropa, pero se limpia solo.	5
	- Dependiente	0
	- Independiente.	15
Trasladarse (calle / cama)	- Mínima ayuda física o supervisión verbal.	10
	- Necesita gran ayuda (persona entorpecida), pero se sienta sin ayuda	5
	- Dependiente: necesita una o ayuda de dos personas; no puede permanecer sentado.	0
Deambular	- Independiente: camina solo 50 metros, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas; si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela.	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 metros.	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión.	5
Subir escaleras	- Dependiente	0
	- Independiente para subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona. Necesita ayuda física de otra persona o supervisión.	10
	- Dependiente	5

PUNTUACIÓN TOTAL:

Independencia	100 puntos (máxima puntuación, 90 si silla de ruedas)
Dependencia leve	61-99
Dependencia moderada	41-60
Dependencia grave	21-40
Dependencia total	0-20

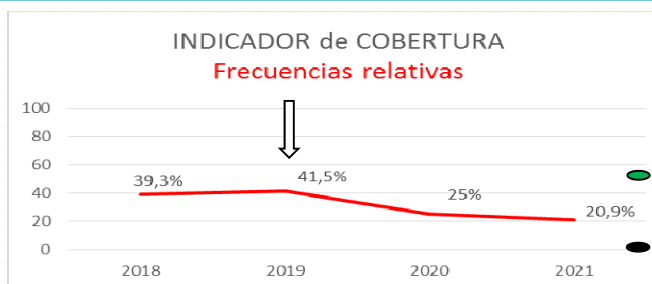
Fuente: Documento de consenso sobre prevención de caídas y caídas en la tercera edad. Estrategia de Promoción de la Salud / Revisión de 46 / 500 / NCSG / 2014 / Página 46

Indicador de cobertura: resultados 2018 - 2021



INDICADOR de COBERTURA

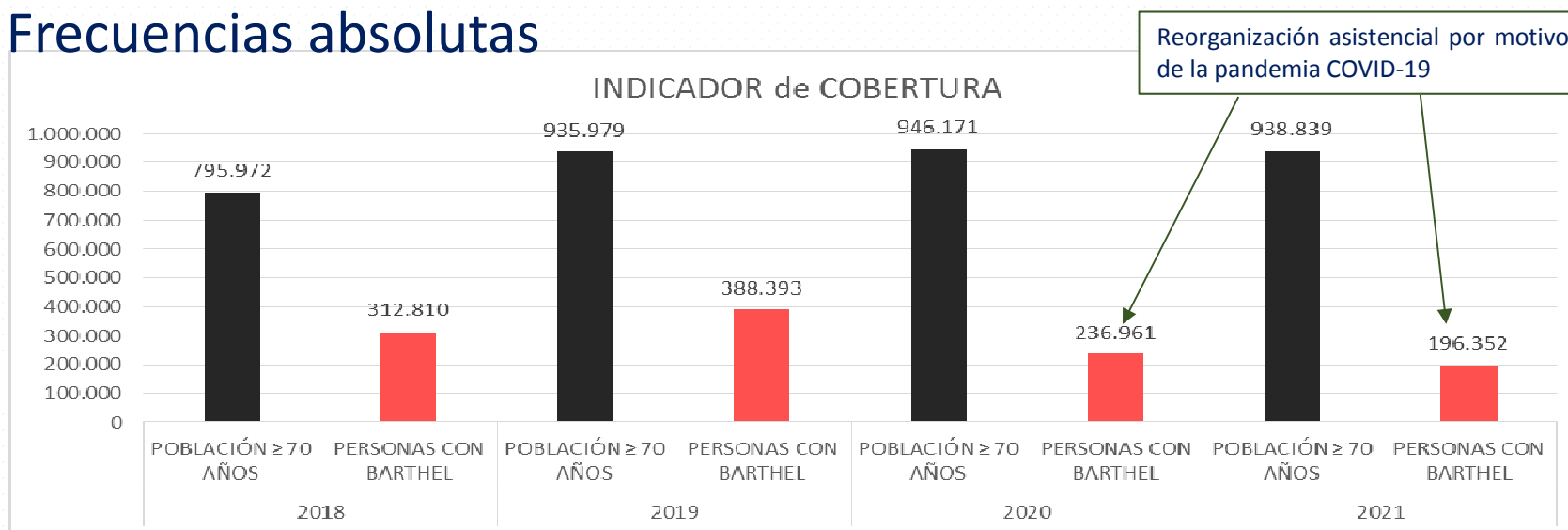
$$\frac{\text{Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{Nº de personas } \geq 70 \text{ años}} \times 100$$



55,83% CS mejor resultado

2,31% CS peor resultado

Frecuencias absolutas

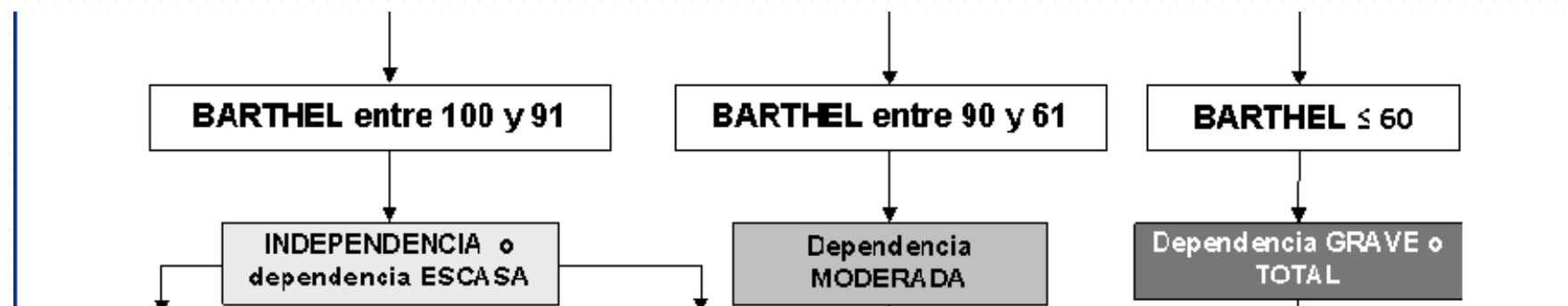


Marzo 2022 = 171.960

Servicio 420: estratificación por capacidad funcional



→ Índice de Barthel estratifica a la población en diferentes grados de capacidad funcional

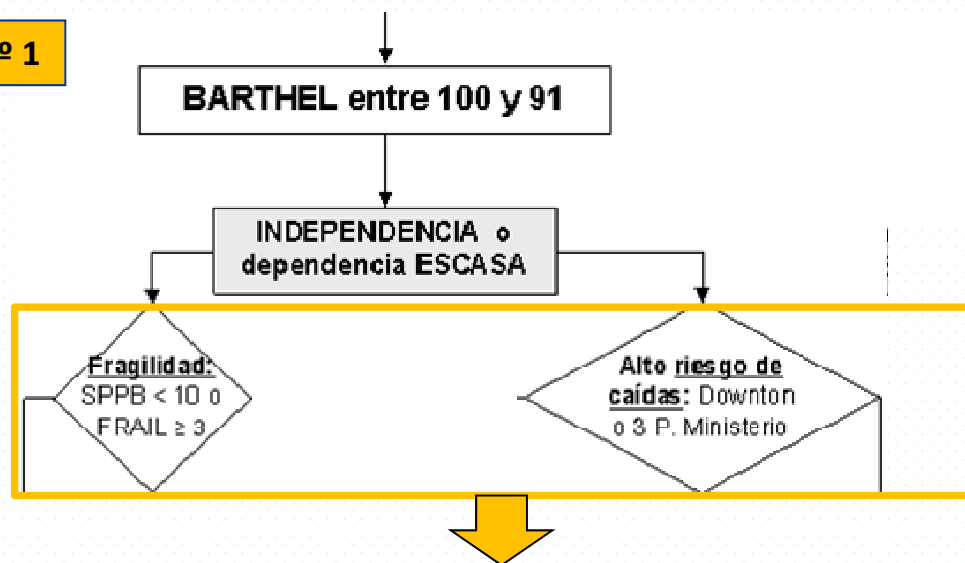


→ Ayuda a los profesionales a asignar el plan de actuación adecuado, con intervenciones adaptadas a cada situación.

CBA 1: cribado de fragilidad y riesgo de caídas



Criterio de Buena Atención N° 1



CBA 1

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) tendrán realizado un **cribado de fragilidad** a través de la prueba de ejecución Batería SPPB (Anexo 40. Batería SPPB) y una **valoración del riesgo de caídas**, cada dos años en personas entre 70 y 79 años y anualmente en personas con 80 años o más.

Aclaraciones

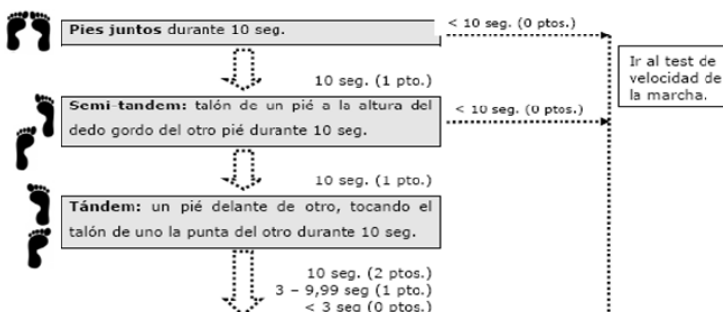
- El cribado de fragilidad se realizará con el cuestionario FRAIL (Anexo 41. Escala FRAIL) cuando no se disponga del espacio físico suficiente para realizar la prueba de ejecución SPPB.
- La valoración del riesgo de caídas se realizará con uno de los siguientes: Anexo 15. Preguntas para cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton.

CBA 1: herramientas para el cribado de fragilidad



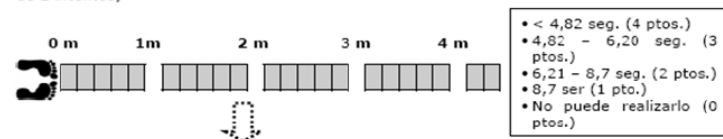
ANEXO 28: BATERÍA SPPB (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY)

1. Test de equilibrio

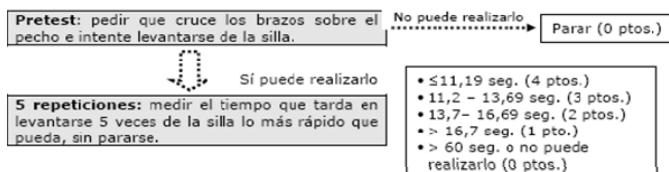


2. Test de velocidad de la marcha

Medir el tiempo empleado en **caminar 4 metros** a ritmo normal (usar el mejor de 2 intentos)



3. Test de levantarse de la silla



ANEXO 30: ESCALA FRAIL

Questionario autorreferido para el cribado de fragilidad. Es una escala validada que consta de 5 preguntas relativas cada una de ellas a un dominio (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso).

ESCALA FRAIL	PUNTOS	
Fatigabilidad: ¿qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado?		
• Todo el tiempo	1	
• La mayoría de las veces	1	
• Parte del tiempo	0	
• Un poco del tiempo	0	
• En ningún momento	0	
Resistencia: ¿tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?		
• Sí	1	
• No	0	
Deambulación: por sí mismo y sin uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?		
• Sí	1	
• No	0	
Comorbilidad: para 11 enfermedades		
1. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene hipertensión?	Sí = 1 punto No = 0 puntos	
2. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene diabetes?		
3. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene cáncer (excepto menores de piel)?	Las enfermedades totales están recodificadas como: • < 4 = 0 • ≥ 5 = 1	
4. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad pulmonar crónica?		
5. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene ataque cardíaco?	Puntuación total	
6. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene insuficiencia cardíaca?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene angina de pecho?		
8. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene asma?		
9. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene artritis?		
10. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene ICTUS?		
11. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad renal?		
Pérdida de peso:		
• ¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual]		
• Y hace un año, en (fecha mes / año), ¿cuánto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? [Peso hace 1 año]		
Cambio de peso = (Peso hace 1 año - Peso actual) / Peso hace 1 año x 100		
Cambio de peso ≥ 5 %	1	
Cambio de peso < 5 %	0	
Puntuación total		

Interpretación: Fragilidad ≥ 3 puntos.

CBA 1: herramientas para el cribado de riesgo de caídas



ANEXO 10: PREGUNTAS PARA CRIBADO DEL RIESGO DE CAÍDAS

Para el cribado del riesgo de caídas, se realizarán las preguntas recogidas en el "Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS del MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD".

Responder a las siguientes preguntas:	Respuestas
1. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?	SI NO
2. ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?	SI NO
3. ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo?*	SI NO

* En el caso de tener una prueba de ejecución SPPB previa alterada, la respuesta a esta pregunta se considera positiva.

Clasificación del riesgo de caídas:

- **Bajo:** respuesta negativa a las 3 preguntas.
- **Alto:** respuesta positiva a 1 de las preguntas.

ANEXO 11: ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J. H. DOWNTON)

Escala que recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas. Es una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en nuestro ámbito. Incluye 5 apartados y la máxima puntuación es 5 puntos: 1 punto por cada apartado.

ESCALA DOWNTON		PUNTOS
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes / sedantes	1
	Diuréticos	
	Hipotensores (no diuréticos)	
	Antiparkinsonianos	
	Antidepresivos	
Otros medicamentos		
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	
	Extremidades (ICTUS, etc)	
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda o sin ayuda	
	Imposible	

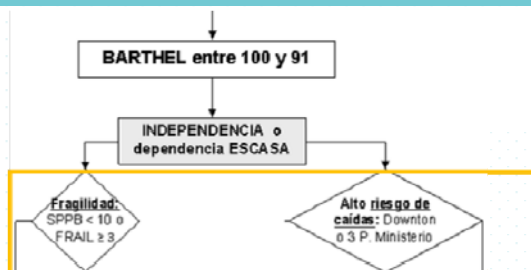
Interpretación:

ALTO RIESGO > 2 PUNTOS

CBA 1: resultados

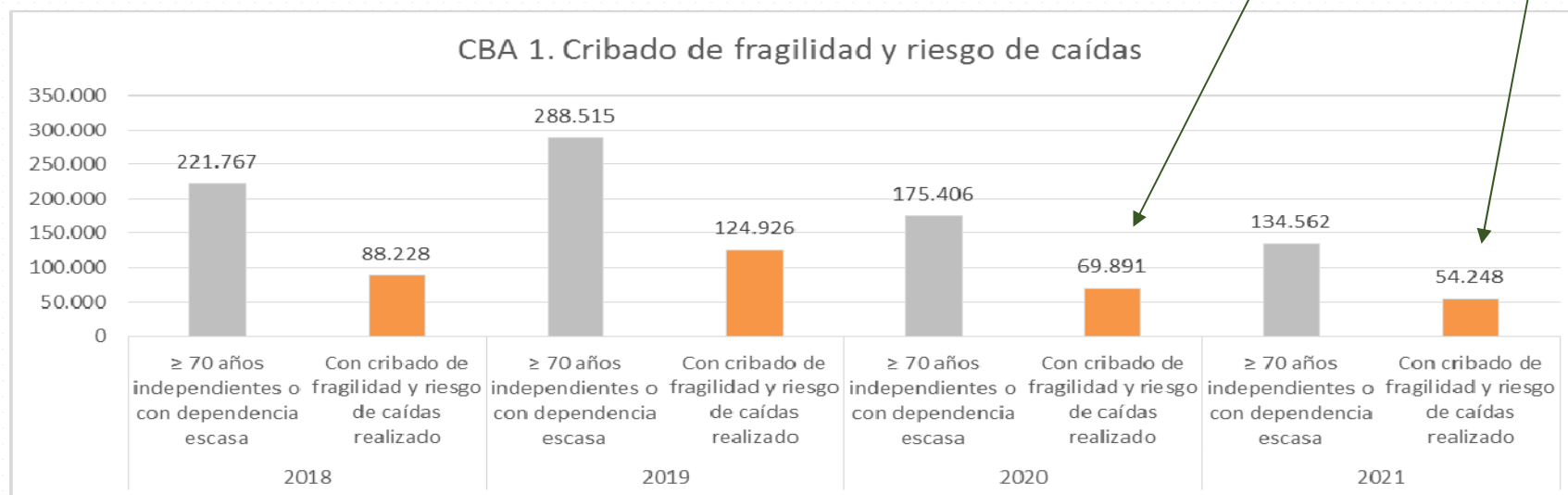


CBA 1

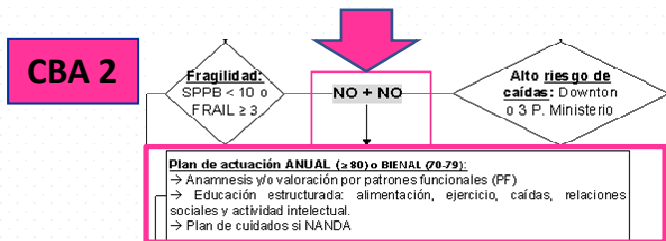


Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

Frecuencias absolutas

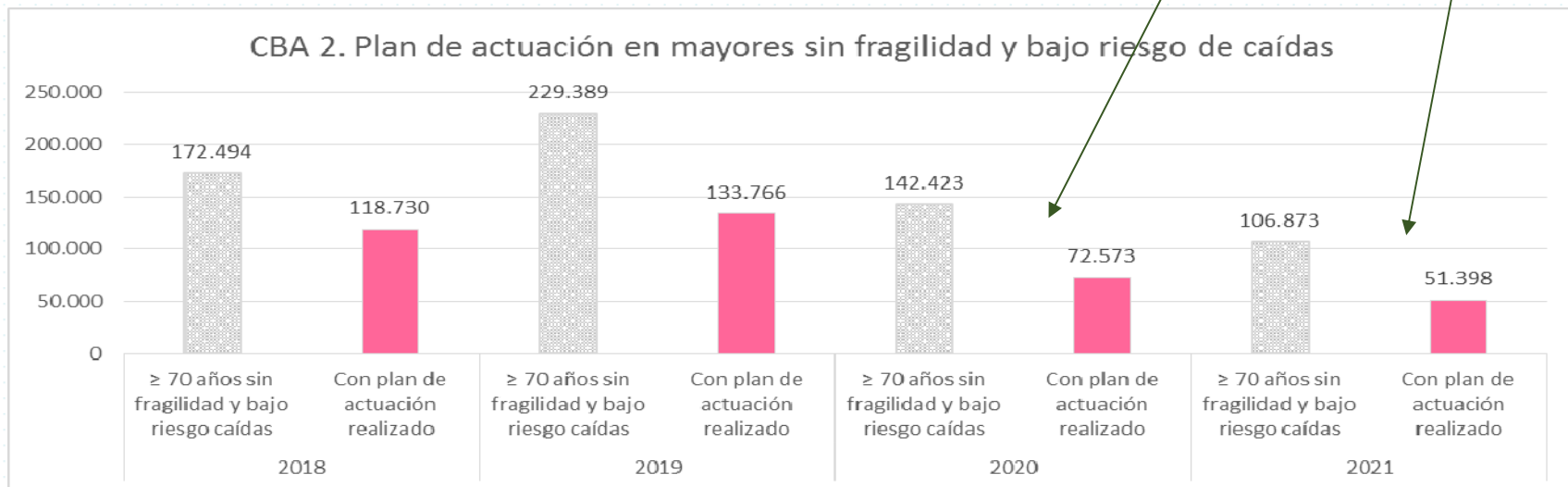


CBA 2: plan de actuación en mayores sin fragilidad y bajo riesgo de caídas. Resultados



Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

Frecuencias absolutas



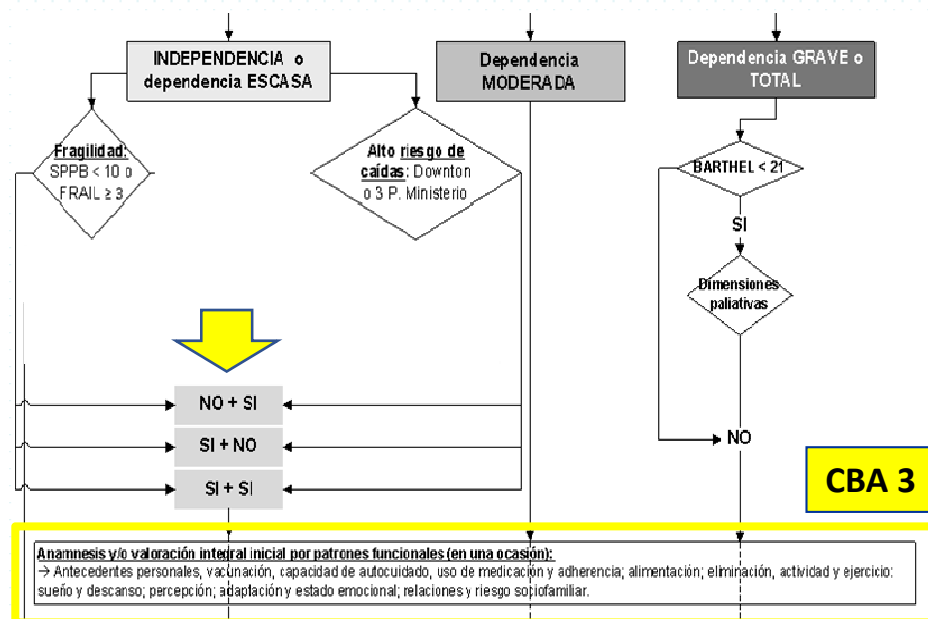
CBA 3: valoración integral inicial



CBA 3

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) con cribado de fragilidad positivo (SPPB < 10 o FRAIL ≥ 3) o con alto riesgo de caídas, y las personas con dependencia moderada, grave o total (Barthel menor o igual a 90) tendrán realizada una anamnesis y/o **valoración integral inicial** por patrones funcionales sobre:

- **Percepción - mantenimiento** de la salud:
 - **Antecedentes personales** de enfermedades crónicas (IC, IAM, IRC, DM, VIH, cáncer, ACV, EPOC, enfermedad osteoarticular, Parkinson, demencias...); intervenciones quirúrgicas u hospitalización; accidentes y/o caídas previas.
 - **Estado vacunal** (antigripal, antineumocócica y contra la COVID-19)
 - **Capacidad de autocuidado**.
 - **Tratamiento pautado**; uso adecuado de la medicación; adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- **Nutricional - metabólico**: peso, talla e IMC, número de comidas/día y dieta saludable / mediterránea, ingesta de líquidos, de alimentos ricos vitamina D, exposición solar moderada y valoración de riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF). Apetito, dificultad para masticar y para la deglución y estado de la dentición.
- **Eliminación**: hábito intestinal, incontinencia urinaria y/o fecal.
- **Actividad - ejercicio**: TA; realización de ejercicio, tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana); tipo de ocio (horas/semana); uso de ayudas para la movilidad (bastones, muletas, andadores). Valoración de actividades instrumentales (Anexo 14. Escala de Lawton-Brody) y valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de riesgos en el hogar).
- **Sueño - Descanso**: nº horas/día, ritmo de sueño, efecto reparador, insomnio.
- **Cognitivo - perceptivo**: déficit de visión y audición; nivel educativo; presencia de dolor; síntomas de deterioro cognitivo (Anexo 37. Mini examen cognoscitivo de Lobo-30 o Anexo 38. Test de las fotos).
- **Autoestima - autopercepción**: adaptación a la etapa vital y valoración del estado emocional (Anexo 24: Yesavage versión ultracorta)
- **Rol - relaciones**: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón).



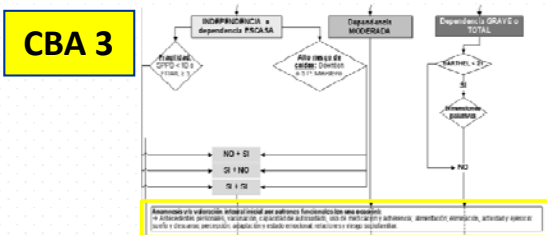
Aclaración

Las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.

Excepción

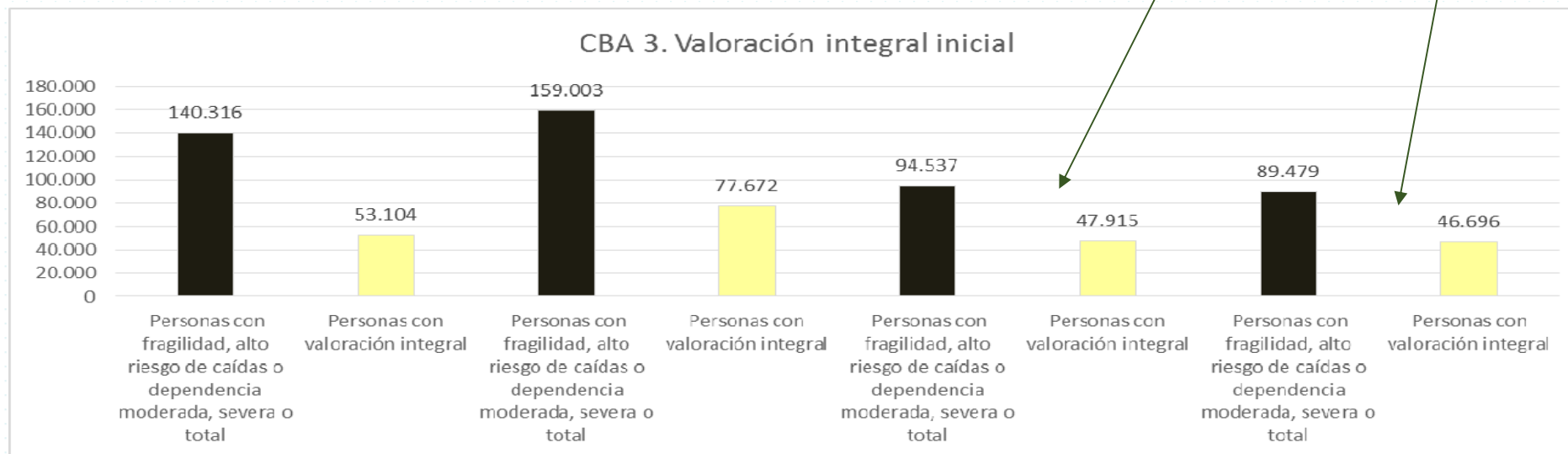
Valoración del deterioro cognitivo en personas menores de 70 años, personas con trastorno neurocognitivo mayor establecido, con disminución del nivel de conciencia o con enfermedades psiquiátricas que impidan esta valoración.

CBA 3: resultados



Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

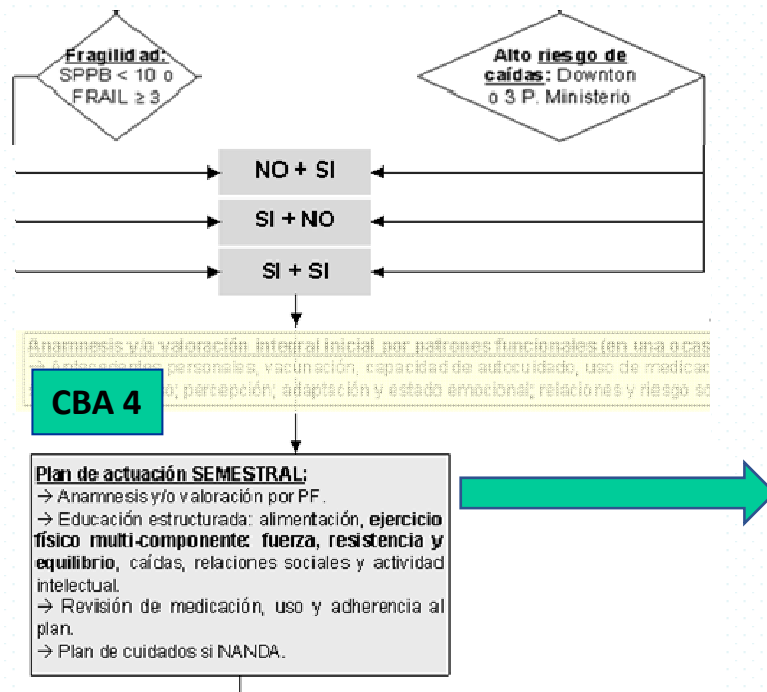
Frecuencias absolutas



CBA 4: plan de actuación para mayores con fragilidad o alto riesgo de caídas



OBJETIVO: revertir la fragilidad



CBA 4

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) con cribado de fragilidad positivo (SPPB < 10 o FRAIL ≥ 3) o con riesgo alto de caídas tendrán realizado un plan de actuación **semestral** que incluya:

- Anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:
 - Percepción mantenimiento: capacidad de autocuidado.
 - Nutricional – metabólico: riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF).
 - Actividad – ejercicio: capacidad funcional (Anexo 14. Escala de Lawton Brody y Anexo 9. Índice de Barthel, si Lawton ≤ 7 para mujeres, y ≤ 4 para hombres), fragilidad (Anexo 40. Batería SPPB o Anexo 41. Escala FRAIL) y riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton).
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón)
- Educación estructurada para la reversión de la fragilidad sobre alimentación, exposición solar moderada, realización de ejercicio físico multicomponente: fuerza, resistencia y equilibrio (Anexo 42. Guía para un programa de actividad física multicomponente para personas mayores frágiles), prevención de caídas, y mantenimiento de actividad intelectual y relaciones sociales.
- Revisión del tratamiento pautado (incluyendo utilización de benzodicepinas, neurolépticos, antihistamínicos, vasodilatadores y opioides), uso adecuado del medicamento y adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaración

Las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

CBA 4: programa de actividad física multicomponente



Tabla resumen:

ANEXO 33: GUÍA PARA UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA MULTICOMPONENTE PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES

(Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud).
Los programas del entrenamiento multicomponente incluyen ejercicios de resistencia aeróbica, de fuerza muscular, de caminar y equilibrio, así como de flexibilidad.

BENEFICIOS	MODALIDAD DE EJERCICIOS	PRESCRIPCIÓN
Resistencia cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> Caminar Pedalear 	<ul style="list-style-type: none"> - 60-80% de la FCmax* (40-60% del VO2máx*) - 5-30 min/sesión - 3 días/semana
Aumento de masa muscular y fuerza	<ul style="list-style-type: none"> Pesos libres Máquinas de resistencia variable 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 series de 8 a 12 repeticiones, comenzando con un paseo o un ejercicio que nos permita realizar 20-30 RM*, hasta realizar progresivamente un máximo de 3 series de 4-6 repeticiones con un peso que nos permita realizar 15 RM*. - 6 a 8 ejercicios de grandes grupos musculares. - Para optimizar la capacidad funcional, los ejercicios de fuerza deberán ser específicos para los grupos musculares más utilizados e incluir ejercicio que simulen actividades de la vida diaria (p. sentarse y levantarse de una silla) - 2-3 días/semana
Potencia y capacidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> Incluir ejercicios de la vida diaria (levantarse y sentarse, subir/bajar escaleras) Incluir ejercicios de potencia (a altas velocidades con pesos ligeros/moderados) 	<ul style="list-style-type: none"> Se puede mejorar la potencia mediante el entrenamiento al 60% de 1RM y con la máxima velocidad a esta resistencia (p. ej., tan rápido como sea posible), que estará entre el 33 y el 60% de la velocidad máxima sin resistencia.
Flexibilidad	<ul style="list-style-type: none"> Estiramientos Yoga/Pilates 	<ul style="list-style-type: none"> - 10-15 min - 2-3 días/semana
Equilibrio	<ul style="list-style-type: none"> Debe incluir ejercicios en la posición de tándem, semitándem, desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg), caminar con apoyo talón-punta, subir escaleras con ayuda, transferencia de peso corporal (desde una pierna a la otra) y ejercicios de taichi modificados. 	<ul style="list-style-type: none"> En todas las sesiones

*FCmáx: frecuencia cardíaca máxima; RM: resistencia máxima; VO2máx: captación máxima de oxígeno.

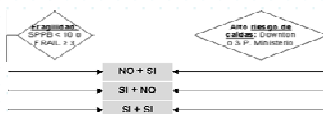
Páginas de ayuda:

<https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/vidEOSejercicios/adultos/home.htm>

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Folleto_Seguridad_Lesiones2.pdf

<http://vivifrail.com/wp-content/uploads/2019/11/VIVIFRAILESP-Interactivo.pdf>

CBA 4: resultados



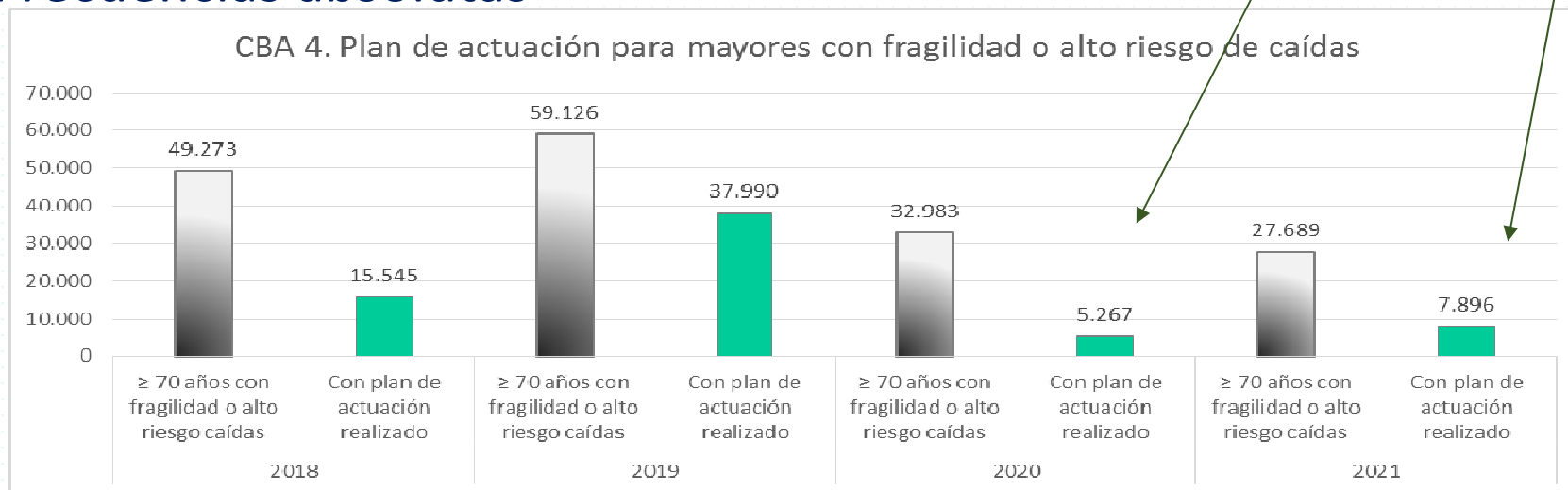
El procedimiento de valoración de riesgo de caídas se realiza en el momento de la valoración de la situación de salud del paciente, tanto en la consulta de atención primaria como en el domicilio del paciente.

Plan de actuación CBA 4:
 - Asesoramiento y valoración por PP.
 - Educación del entorno de atención, gestión de riesgo multi-componente: fuerza, resistencia y equilibrio, hábitos, relaciones sociales y actividad intelectual.
 - Revisión de medicación, uso y adecuación al plan.
 - Plan de cuidados de la familia.

CBA 4

Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

Frecuencias absolutas



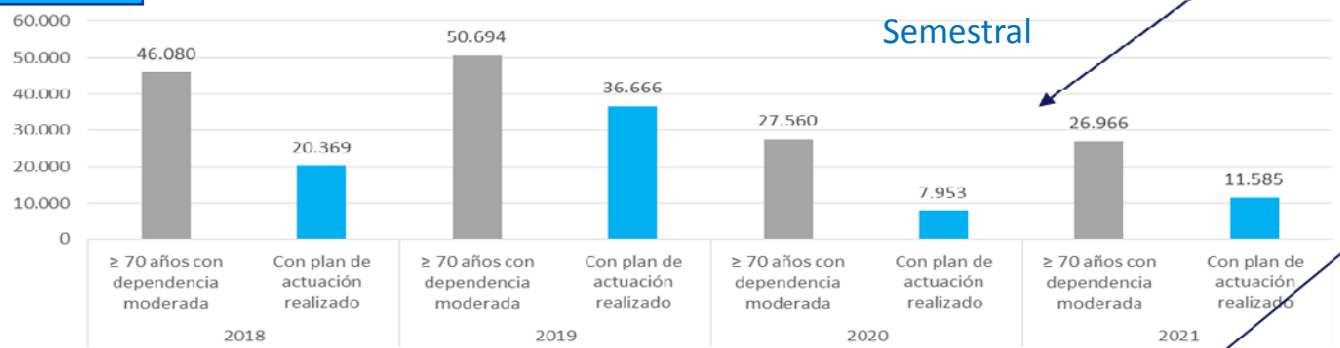
Otros planes de actuación



Frecuencias absolutas

CBA 5

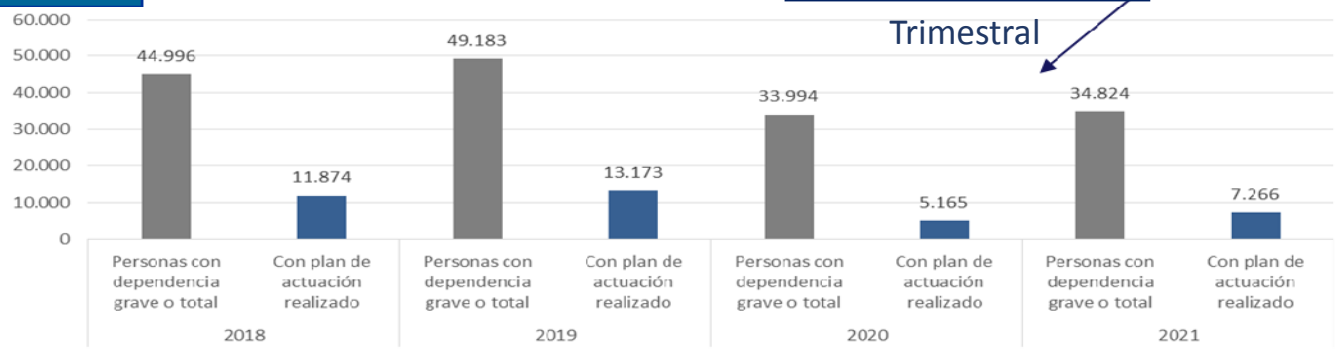
CBA 5. Plan de actuación para mayores con dependencia moderada



Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

CBA 6

CBA 6. Plan de actuación para personas con dependencia grave o total



Visualización de resultados en Cuadro de Mando “eSOAP”



(Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria)

PERIODO Diciembre 2021

COMUNIDAD CM - Madrid

UNIDAD FUNCIONAL EAP

SERVICIO: 420 Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro	REF. AÑO PREVIO		CIERRE CM			ESTANDARES			COMUNIDAD	
	%	PUNTOS	NUM.	DEN.	%	MIN	ACE	OPT	RESULT.	PUNTOS
Indicador Cobertura	25,04	1,25	196352	938839	20,91	40	50	59	< Minimo	1,05
Cribado de fragilidad y riesgo de caidas	39,85	1,63	54248	134562	40,31	49	62	73	< Minimo	1,65
Plan de actuación mayor	50,96	2,08	51398	106873	48,09	50	62	72	< Minimo	1,92
Valoración integral inicial	50,68	1,88	46696	89479	52,19	54	67	79	< Minimo	1,93
Plan de actuación: fragilidad	15,97	0,89	7896	27689	28,52	36	47	59	< Minimo	1,58
Plan de actuación: dependencia moderada	28,86	1,48	11585	26966	42,96	39	51	63	Minimo	2,33
Plan de actuación: dependencia grave o total	15,19	0,92	7266	34824	20,86	33	42	52	< Minimo	1,26
Plan actuación social sanitario para dependientes			1023	34824	2,94	0	0	0		
PUNTOS SERVICIO:		1,37								1,42

CBA 7

NUEVO 2021



Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



MINISTERIO DE SANIDAD

Conclusiones



- Los resultados muestran un aumento significativo de la actividad en 2019
- En 2020 – 2021: reorganización asistencial en los centros de salud por la pandemia del COVID-19
- Esta situación provocó una disminución en la atención a personas mayores y pacientes crónicos
- La Gerencia Asistencial de Atención Primaria ha puesto en marcha desde marzo 2022 un plan de mejora

Plan de mejora: objetivo y acciones



Reactivar la atención:

- Cribado de capacidad funcional Indicador de cobertura
- Detección de fragilidad y riesgo de caídas CBA 1
- Aplicación del plan de atención a la fragilidad y alto riesgo de caídas CBA 4

→ Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar

→ Captación activa: envío de listados de personas mayores con su situación de cribado a profesionales asistenciales con documento de instrucciones

→ Revisión y actualización de formularios de registro de la HCE, para adaptarlos a las intervenciones específicas del servicio

Plan de mejora: listados



CENTRO SALUD	CIAS MEDICO	CIAS ENFERMERA	CIPA PACIENTE	EDAD	CI	CBA1
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 1	70	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 2	75	1	1
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 3	78	1	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 4	82	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 5	70	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 6	91	1	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 7	78	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 8	73	1	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 9	77	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 10	74	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 11	89	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 12	70	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 13	98	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 14	76	1	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 15	81	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 16	89	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 17	76	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 18	75	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 19	82	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 20	89	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 21	86	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 22	70	0	0
16010000	1601000000M	1601000000E	Nº 23	71	1	1

1 = realizado

0 = NO realizado

Plan de mejora: simplificación formularios de registro (HCE)



Ejemplo: CBA4. Plan de actuación mayor frágil o con alto riesgo de caídas

ANTES

ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR CON FRAGILIDAD

Valoración 1 | Valoración 2 | Valoración 3 | Valoración 4 | Valoración 5 | Exploración- Plan d...

Servicio Madrileño de Salud (i)

PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD

Conoc. conductas saludables: Interés cond. saludables: Sí No (09/01/2020)

Capacidad autocuidado: Nivel de cuidados: Percepción salud:

Ingreso hospital (últ. año): Sí No (09/01/2020) N° Ingresos: Causas:

Hábitos tóxicos: Sí No (09/01/2020) Exp. tabaquismo pasivo: Sí No

Consumo tabaco: Sí No (09/01/2020) ¿Ha fumado alguna vez?: Sí No Índice Paq/año (vaños per.):

Cigarrillos/día: Años de consumo: Índice Paq/Año:

Consumo de alcohol: Sí No (09/01/2020) Gramos/Semana: AUDIT (C):

Comentarios al patrón:

Resultado del patrón:

NUTRICIONAL METABÓLICO

N° de Comidas: Ingesta de líquidos (ml):

Consumo de frutas: Consumo de verduras:

Consumo de azúcar: Consumo de grasas saturadas:

Consumo de lácteos: Consumo alim. ricos en Vit. D: Sí No

Dieta mediterránea: Sí No (09/01/2020) Adherencia dieta: Necesidades Calóricas:

Exposición solar: Mini Nutritional Assessment-SF: Escala de Norton:

Estado de la dentición: Inapetencia: Sí No

Problema de Ingesta: Sí No Problema de Masticación: Sí No Problema de Deglución: Sí No

Comentarios al patrón:

Resultado del patrón:

DESPUÉS

v5 ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR CON FRAGILIDAD

Valoración 1 | Valoración 2 | Exploración- Plan de actuación

Cartera de Servicios Estandarizados

PERCEPCIÓN - MANEJO DE SALUD

Capacidad autocuidado: Ingreso hospital (últ. año): Sí No

Hábitos tóxicos: Sí No

(i) ¿Fuma en la actualidad?: Sí No ¿Ha fumado alguna vez?: Sí No Consumo alcohol: Sí No

NUTRICIONAL - METABÓLICO

N° de Comidas: Ingesta de líquidos (ml):

Dieta mediterránea: Sí No Adh. dieta mediterránea: (i) Riesgo de desnutrición:

Consumo alim. ricos Vit.D: Sí No

Estado dentición: Inapetencia: Sí No

Problema de Ingesta: Sí No Problema de Masticación: Sí No Problema de Deglución: Sí No

Próximos pasos



- Julio 2022 → reevaluación de los indicadores de servicio para determinar el impacto de las acciones de mejora y...
Esperamos resultados positivos 😊
- Junio – diciembre 2022 → revisión y actualización del Servicio 420 → Documento de Consenso del Ministerio 2022
- En 2023 editaremos la 8ª versión de la Cartera con estos y otros cambios

Propuesta de actualización del Sº 426



BORRADOR: pendiente de consenso, validación y aprobación

- Cambio de periodicidad cribado
- Revisión Índice Barthel y puntuación
- Ampliación de aclaraciones

Criterio de Inclusión

Las personas de 70 años o más tendrán realizada una valoración **anual** de la capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria mediante el Índice de Barthel (Anexo 9. Índice de Barthel)

Se incluirán en el servicio las personas menores de 70 años que tengan realizado un Índice de Barthel con un resultado menor o igual a 60.

Aclaraciones:

Se realizará el índice de Barthel en cualquier momento en el que se detecte un cambio significativo en la capacidad funcional de la persona y después de un evento importante de salud (ingreso o agudización de una condición crónica)

Propuesta de actualización del Sº 426



BORRADOR: pendiente de consenso, validación y aprobación

1. ÁREA FUNCIONAL	
Incluye la valoración de la capacidad funcional	
Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Índice de Barthel ¹⁰⁰
Evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	Lawton y Brody ¹⁰¹ ; VIDA ¹⁰² El seguimiento-monitorización en AP puede detectar aquellas personas con deterioro funcional precoz e independiente.
Valoración de actividad física	Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) ¹⁰³ ; Cuestionario Internacional de Actividad Física (IIFAQ) ¹⁰⁴
Pruebas de ejecución complementarias a las realizadas previamente	VIM ¹⁰⁵ ; SPPB ¹⁰⁶ ; TUG ¹⁰⁷
2. ÁREA FÍSICO-CLÍNICA	
Incluye la exploración física, anamnesis, valoración de pruebas complementarias, evaluación de otras patologías o condiciones clínicas de interés, con especial atención a la multimorbilidad, los síndromes geriátricos, la revisión de la medicación, estado nutricional y las actividades preventivas	
Valoración de la movilidad	Catálogo de enfermedades, Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) ¹⁰⁸
Síndromes Geriátricos: incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, síndrome confusional agudo, alteraciones de la marcha, inestabilidad	



CBA 3. Valoración integral inicial:

- Sospecha de fragilidad
- FRAIL ≥ 1
- Ampliación ítems

CBA 3

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel > 90) con sospecha de fragilidad (SPPB < 10 o FRAIL ≥ 1) o con alto riesgo de caídas, y las personas con dependencia moderada, grave o total (Barthel ≤ 90) tendrán realizada una valoración integral inicial sobre:

- Percepción - mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes personales de enfermedades crónicas (IC, IAM, IRC, DM, obesidad, VIH, cáncer, ACV, EPOC, enfermedad osteoarticular, Parkinson, demencias...), sarcopenia, intervenciones quirúrgicas y hospitalización.
 - Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
 - Estado vacunal: antigripal, antineumocócica, antitetánica y contra la COVID-19.
 - Capacidad de autocuidado.
 - Tratamiento pautado, uso adecuado de la medicación, adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico. Polimedicación.
- Nutricional - metabólico: peso, talla e IMC, número de comidas/día y dieta saludable / mediterránea, ingesta de líquidos, de alimentos ricos vitamina D, exposición solar moderada y valoración de riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF). Apetito, dificultad para masticar y para la deglución y estado de la dentición.
- Eliminación: hábito intestinal, incontinencia urinaria y/o fecal, estreñimiento.
- Actividad - ejercicio: TA; tipo de actividad física (Anexo 34. Cuestionario IPAQ); capacidad funcional (Anexo 9. Índice de Barthel), actividades instrumentales de la vida diaria (Anexo 14. Escala de Lawton-Brody); accidentes, alteraciones de la marcha, inestabilidad, uso de ayudas para la movilidad (bastones, muletas, andadores); riesgo de caídas y valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de riesgos en el hogar)
- Sueño - Descanso: nº horas/día, ritmo de sueño, efecto reparador, insomnio.
- Cognitivo - perceptivo: déficit de visión y audición; dolor e intensidad (Anexo 18. Escala visual analógica); síndrome confusional agudo, deterioro cognitivo (Anexo 37. Mini examen cognoscitivo de Lobo-30 o Anexo 38. Test de las fotos)
- Autoestima - autopercepción: adaptación a la etapa vital y valoración del estado emocional (Anexo 24: Yesavage versión ultracorta)
- Rol - relaciones: vive solo, precisa cuidador, cuida de alguien, riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón). Tipo de ocio (horas/semana).

Aclaración

- Las personas identificadas como cuidadoras principales tendrán valorada la sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido) y serán incluidas en el Programa de Atención al Cuidador.
- Las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10) o vivan en soledad no deseada, serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.

Excepción

Para la valoración del deterioro cognitivo: personas menores de 70 años y personas con trastorno neurocognitivo mayor establecido, con disminución del nivel de conciencia o con enfermedades psiquiátricas que impidan esta valoración.



Muchas gracias por su atención

marianela.bayon@salud.madrid.org

