



NÚMERO

15

DICIEMBRE
2016

CRONI.net



Boletín con las actualizaciones en la [web de crónicos](#) de la Comunidad de Madrid

Estimados compañeros,

Desde el área de cronicidad queremos desearos unas felices fiestas y nuestros mejores deseos para el 2017, año en el que esperamos que la mayor parte de los proyectos de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid lleguen a sus principales destinatarios: los pacientes y los profesionales que les atienden.

Carmen García Cubero

Jefa del Área de Cronicidad.

Subdirección General de Continuidad Asistencial.

NOVEDADES EN LAS SECCIONES

JORNADAS Y CONGRESOS

[IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico](#). Oviedo. Del 2 al 4 de marzo de 2017. Palacio de Congresos y Exposiciones Ciudad de Oviedo. Abierto el plazo de envío de comunicaciones científicas, experiencias y proyectos de investigación. Fecha límite: 11/01/17.

SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA...

Continúa la implantación progresiva del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAI PCC).

Tras la puesta en marcha de la implantación progresiva del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo en el Hospital Infanta Cristina junto con los centros de salud Isabel II

y Las Américas, desde el día 19 de diciembre se están incluyendo en el proceso a los pacientes con nivel de intervención alto de los Centros de Salud Baviera, Santa Hortensia y Ciudad Jardín con el Hospital de la Princesa.

De forma paralela se está trabajando en la formación y adaptación de los circuitos del PAI PCC entre el Hospital Rey Juan Carlos y los centros de salud Barcelona, Navas del Rey y San Martín de Valdeiglesias con la previsión de incorporar pacientes a estos circuitos a comienzos de 2017.

El proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo define qué intervenciones y cuidados van a recibir los pacientes con mayor fragilidad y carga de enfermedad, de acuerdo a sus necesidades y preferencias y las de sus cuidadores. Identifica a los responsables últimos definiendo sus funciones, persiguiendo la continuidad de cuidados y la coordinación asistencial.

La coordinación entre todos los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, la puesta en marcha de circuitos específicos de atención y el seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y en el domicilio son las premisas para asignar a un paciente un nivel de intervención alto.

De este modo, al asignar un nivel de intervención alto estamos identificando a los pacientes crónicos más frágiles que requieren este nuevo enfoque asistencial.

Finalizado el proyecto de adaptación de los servicios de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid según niveles de intervención.

La línea de ejecución 3 de la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid impulsa la adaptación de la oferta de servicios de Atención Primaria a las necesidades individualizadas de los pacientes, en base a su nivel de intervención.

Recientemente se han difundido los informes que recogen la nueva estructura de los servicios de atención a patologías crónicas priorizadas en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria (AP). Estos informes son el resultado de un proyecto de trabajo desarrollado durante los años 2015 y 2016, liderado por el Grupo Técnico de Cartera de Servicios de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, y en el que han participado cincuenta profesionales asistenciales y de sociedades científicas de Atención Primaria y Hospitalaria, de medicina y de enfermería, implicados en la atención a pacientes con procesos crónicos.

Con esta adaptación, se han revisado dieciséis servicios de cartera que abordan los procesos asistenciales relacionados con las enfermedades crónicas prevalentes que son atendidas en AP:

- Sº 105: Atención a niños con asma activa.
- Sº 106: Atención a niños con obesidad.
- Sº 405: Valoración del riesgo cardiovascular.
- Sº 406: Atención a pacientes adultos con hipertensión arterial.
- Sº 407: Atención a pacientes adultos con diabetes mellitus.
- Sº 408: Atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia.
- Sº 409: Atención a pacientes adultos con obesidad.
- Sº 410: Atención a pacientes adultos con cardiopatía isquémica.
- Sº 411: Atención a pacientes adultos con insuficiencia cardíaca.
- Sº 413: Atención a pacientes adultos con asma.
- Sº 414: Atención a pacientes adultos con EPOC.
- Sº 417: Prevención y detección de problemas en los mayores
- Sº 418: Atención a la persona mayor frágil
- Sº 419: Atención a pacientes con demencia.
- Sº 501: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Sº 502: Atención en cuidados paliativos

En la actualización de estos servicios, se ha incorporado la mejor evidencia científica disponible y se ha diseñado un modelo de atención centrado en las necesidades de las personas, que integra los elementos que han demostrado mejorar los resultados en los cuidados, la salud y la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

En líneas generales, los servicios siguen un formato homogéneo que define por cada nivel de intervención (bajo, medio, alto) un plan de actuación que recoge actividades de valoración y exploración, adherencia terapéutica y educación estructurada. En el nivel bajo, se incluyen actividades anuales que potencian el autocuidado y, en el medio, actividades semestrales dirigidas al control de la enfermedad. El nivel de intervención alto queda recogido solo en los servicios de diabetes, asma, EPOC, insuficiencia cardíaca, demencia y atención a cuidados

paliativos, e incluye actividades trimestrales de valoración de la capacidad funcional, contactos telefónicos proactivos, visitas domiciliarias y actividades para los cuidadores.

Dos de las grandes novedades que recoge esta adaptación son por un lado la creación de un servicio de detección y manejo de la fragilidad y el deterioro funcional en las personas > de 70 años, y por otro la inclusión de la valoración del riesgo cardiovascular como una actividad transversal que definirá la atención a los pacientes que presentan hipertensión e hiperlipemia.

Además, este proyecto ha supuesto la revisión y actualización de las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección precoz de problemas prevalentes de las personas, de acuerdo a la visión estratégica de mejorar la salud de la población.

El próximo paso para la implantación de esta nueva versión de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria es la adaptación de los protocolos de la historia clínica informática AP Madrid.

Los informes están a disposición de los profesionales en el espacio de Cartera de Servicios Estandarizados de la intranet Salud@, dentro del apartado de "Actualización de la CSE", en la carpeta: "Servicios de CSE adaptados a NIVELES de INTERVENCIÓN 2016. Estrategia de Crónicos".

Para consultar los informes pulsa aquí:

<https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/Paginas/Carteradeservicios.aspx?RootFolder=%2fatencionprimaria%2fCartera%20de%20Servicios%2fServicios%20de%20CSE%20adaptados%20a%20NIVELES%20de%20INTERVENCI%20c3%93N%202016%20%20Estrategia%20de%20cr%C3%B3nicos&FolderCTID=&View=%7bB2DC0610%2d0B22%2d46BA%2d923F%2d68721952BD3B%7d>

PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA

CRIBADO DE LA FRAGILIDAD

En la población mayor, la combinación de cambios fisiológicos asociados a la edad, enfermedades crónicas, procesos agudos intercurrentes e influencia del entorno psicosocial son los desencadenantes del deterioro funcional y de la discapacidad. El aumento de la discapacidad en la población que muestran los datos demográficos no depende exclusivamente del cambio de la pirámide poblacional sino también de otros factores modificables y por tanto, sujetos a

intervención. Las proyecciones demográficas, carga de enfermedad, impacto en calidad de vida y recursos sitúan el reto de prolongar la autonomía e independencia durante el envejecimiento entre las prioridades de las políticas sanitarias a nivel nacional y supranacional.

En este sentido, desde hace décadas se empezó a definir el concepto de fragilidad. En 2001, Fried et al. describieron un fenotipo de fragilidad a partir de los criterios clínicos siguientes: pérdida involuntaria de peso, agotamiento, lentitud en la movilidad, debilidad muscular y bajo nivel de actividad física¹. Desde entonces el concepto de fragilidad, ha ido cobrando una importancia fundamental en la valoración y la atención a la población mayor de 70 años. Actualmente, el concepto de fragilidad define un síndrome clínico geriátrico caracterizado por una disminución de la reserva fisiológica y un incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad. La fragilidad se asocia a mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad y deterioro cognitivo, entre otros factores, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés oxidativo, neuromusculares, energéticos y nutricionales².

La importancia del concepto reside en tres características fundamentales:

1. La fragilidad presenta una elevada prevalencia: se estima una prevalencia media de fragilidad en mayores de 65 años que viven en la comunidad del 9,9% (IC95%: 9,6-10,2%), prevalencia mayor en mujeres (9,6% frente al 5,2% en hombres) y con la edad, alcanzando más del 25% en mayores de 85 años³. En España se observan cifras parecidas en diferentes estudios (en población mayor de 64 años, 8,4% en el Estudio Toledo para un Envejecimiento Saludable (ETES) y 10,5% en el estudio de Peñagrande). La prevalencia también es mayor en mujeres (7,5%-16% frente a 4,5-9,5% en hombres) y aumenta significativamente con la edad hasta un rango de 18%-38% en mayores de 85 años en diferentes estudios^{4, 5, 6, 7, 8, 9, 10}.
2. La fragilidad es un potente factor predictor independiente de deterioro funcional, hospitalización o institucionalización (riesgo relativo de 2,54), complicaciones postquirúrgicas, caídas y muerte (riesgo relativo de muerte entre 1,63 y 6,03, según diferentes estudios)² y publicaciones recientes demuestran la asociación de fragilidad con incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular)^{11, 12}.
3. La fragilidad puede retrasarse o incluso revertirse mediante intervenciones multi componente pero fundamentalmente centradas en el fomento de la actividad física, que además han demostrado eficacia en mejorar el estado cognitivo y emocional. Si, además,

se realizan de forma grupal, tienen el beneficio añadido de fomentar el bienestar y las redes sociales en la persona mayor^{13, 14}.

El reto de los sistemas sanitarios por tanto es detectar precozmente la situación de fragilidad en las personas mayores y promover intervenciones que la retrasen o reviertan prolongando con ello la independencia, funcionalidad y esperanza de vida en buena salud de la población. Atención primaria es el ámbito ideal de cribado de fragilidad en la población mayor, y aunque no existe aún un único método definitivo de consenso para el cribado de fragilidad en este ámbito asistencial, existen diferentes propuestas: cuestionario FRAIL, factores indicadores de riesgo, valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria y pruebas de ejecución. Estas últimas presentan una mayor validez y reproductibilidad y menor influencia del estado cognitivo, idioma o nivel de instrucción². La prueba de ejecución más extendida y validada en nuestro medio para atención primaria es la “Short Physical Performance Battery” (SPPB), que combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla, y es relativamente sencilla de aplicar. Ha demostrado capacidad para predecir eventos adversos, dependencia, institucionalización y mortalidad^{20, 21, 22}. El SPPB es, uno de los test más validados y fiables para detectar la fragilidad y predecir la discapacidad.

La batería de pruebas de ejecución SPPB es el instrumento recomendado por el MSSSI para el cribado de fragilidad en la población mayor de 70 años sin deterioro funcional establecido, siempre que sea factible su realización.

Bibliografía recomendada

1. L.P. Fried, C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56 (2001), pp. M146-M156.
2. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personaMayor.pdf
3. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Aug;60 (8):1487-92. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x. Epub 2012 Aug 6. 32. Ferrer A, Badía
4. Abizanda P, Romero L, Sánchez PM, Martínez M, Gomez LI, Alfonso S. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA Study. *Maturitas*. 2013;74:54–60.
5. Abizanda P, Sánchez Jurado PM, Romero L, Paterna G, Martínez-Sánchez E, AtienzarNúñez P. Prevalence of frailty in a Spanish elderly population: The Frailty and Dependence in Albacete Study. *Am Geriatr Soc*. 2011; 59:1356–1359.

6. García FJ, Gutiérrez G, Alfaro A, Amor MS, de los Ángeles M, Escribano MV. The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo study for healthy aging. *J Nutr Health Aging*. 2011; 15 (10): 852-6.
7. Castell et al. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care *BMC Family Practice* 2013, 14:86.
8. Fernandez-Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, De Hoyos C, et al. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:2370-1.
9. Ferrer A, Formiga F, Plana-Ripoll O, Tobella MA, Gil A, Pujol R; Octabaix Study Group. Risk of falls in 85-year-olds is associated with functional and cognitive status: the Octabaix Study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Mar-Apr;54(2):352-6.
10. Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Montero A, Sanz H, Pujol R; Octabaix Study Members. Utility of geriatric assessment to predict mortality in the oldest old: the Octabaix study 3-year follow-up. *Rejuvenation Res*. 2013 Aug;16(4):279-84.
11. Sergi G., Veronese N., Fontana L., De Rui M., Bolzetta F., Zambon S., Corti M. Ch., Baggio G., Toffanello E. D., Crepaldi G., Perissinotto E., Manzato E. Pre-Frailty and Risk of Cardiovascular Disease in Elderly Men and Women. *Journal of the American College of Cardiology*. 2015 Mar 17;65(10):976-83. doi: 10.1016/j.jacc.2014.12.040
12. Afilalo J. Frailty in patients with cardiovascular disease: Why, when, and how to measure. *Curr Cardiovasc Risk Rep* 2011;5:467–72.
13. Wang SY, Shamliyan TA, Talley KM, et al. Not just specific diseases: Systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission. *Arch Gerontol Geriatr* 2013;57:16–26.
14. Windle,G., Hughes,D., Linck,P., Russell,I., & Woods,B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 14(6), 652-669.
15. Clegg A, Rogers L, Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing*. 2015 Jan; 44(1):148-52. doi: 10.1093/ageing/afu157. Epub 2014 Oct 29.
16. Da Camara SM, Alvarado BE, Guralnik JM, Guerra RO, Maciel AC Using the Short Physical Performance Battery to screen for frailty in young-old adults with distinct socioeconomic conditions. *Geriatr Gerontol Int*. 2013 Apr;13(2):421-8. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00920.x. Epub 2012 Aug 6.
17. Turner G., Clegg A. Editor's Choice: Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and Ageing* (2014) 43 (6): 744-747 doi:10.1093/ageing/afu138.
18. Morley JE, Vellas B, van Kan GA et al. Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association* 2013; 14: 392–7.
19. Whincup, P; Papachristou, E; Wannamethee, SG; Lennon, LT; Papacosta, O; Iliffe, S; Ramsay, SE (2016) Ability of self-reported frailty components to predict incident disability, falls and all-cause mortality: results from a population-based study of older British men. *Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA): long-term care: management, applied research and clinical issues*. ISSN 1538-9375 (In Press)
20. Onder G, Penninx BW, Ferrucci L, Fried LP, Guralnik JM, Pahor M. Measures of physical performance and risk for progressive and catastrophic disability: results from the Women's Health and Aging Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60:74-9.
21. Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, Leveille SG, Markides KS, Ostir GV, et al. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000;55:M221-31.
22. Ostir GV, Kuo YF, Berges IM, Markides KS, Ottenbacher KJ. Measures of lower body function and risk of mortality over 7 years of follow-up. *Am J Epidemiol*. 2007;166: 599-605. 130. Guralnik, JM et al *NEJM*. 1995; 332 (9): 556-61.

Responsable del comité editorial: *Carmen García Cubero*. Jefa del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Responsable operativo: *David Rodríguez Morales*. Médico adjunto al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Editores:

Amparo Mira Roldán. Responsable de la oficina web de la Consejería de Sanidad.

Carmen Jiménez Gómez. Enfermera adjunta al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Ignacio García Merino. Jefe de la Unidad de Coordinación Informativa. Oficina Web. Servicio Madrileño de Salud.

Jordi Giralt Rabentós. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

José Enrique Villares Rodríguez. Director asistencial médico DA Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Juan Carlos Ansedo Cascudo. Técnico de la Gerencia Adjunta de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.

Luis Rubio Toledano. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

M^a Dolores Arranz Alonso. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Miguel Ángel Salinero Fort. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

Olga Monedo Pérez. Médico adjunto al Área de cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Pilar Rivera Moreno-Chocano. Subdirección General de Información y Atención al Paciente.

Ramón Aguirre Martín-Gil. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.

Ricardo Rodríguez Barrientos. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Susana Martín Iglesias. Responsable de centro enfermera de la Dirección Asistencial Sur. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Yolanda Llamas Nistal. Unidad web. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid