

Estimados compañeros,

En este último número de 2017 os presentamos los avances que, gracias al esfuerzo de todos, se están llevando a cabo para que los pacientes crónicos reciban una atención adaptada a sus necesidades, como es la presentación del Proceso Asistencial Integrado del Paciente con EPOC junto con su proyecto de Educación Estructurada.

Aunque con algo de anticipación, aprovecho para desearos unas felices fiestas.

**Carmen García Cubero**

*Jefa del Área de Cronicidad.*

*Subdirección General de Continuidad Asistencial.*

## NOVEDADES EN LAS SECCIONES

### **¡NUEVA SECCIÓN! DOCUMENTOS DE LA ESTRATEGIA**

#### DOCUMENTOS DE LA ESTRATEGIA



Esta nueva sección permite el acceso a los documentos que se van publicando, agrupados en dos categorías:

#### - Procesos asistenciales integrados:

- Documento marco del PAI.
- PAI del paciente con EPOC.
- PAI del paciente crónico complejo.

✓ Anexos de Seguimiento proactivo y Valoración global multidimensional.

- Educación estructurada: En este apartado los profesionales podrán consultar los proyectos educativos estructurados elaborados sobre diferentes patologías crónicas. Ya se puede consultar el proyecto educativo estructurado para personas con EPOC y sus cuidadores, un proyecto que incluye un documento general en el que se identifican objetivos y estrategias de intervención y dos carpetas que incluyen los contenidos informativos y formativos dirigidos a pacientes, personas cuidadoras y a profesionales.

## **JORNADAS Y CONGRESOS**

**X CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN SANITARIA AL PACIENTE CRÓNICO. V CONFERENCIA NACIONAL DEL PACIENTE ACTIVO.** Zaragoza. 1 y 2 de Marzo de 2018. Auditorio Palacio de Congresos de Zaragoza.

### **SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA...**

#### ***REVISADAS MÁS DEL 25% DE LAS HISTORIAS DE PACIENTES CON NIVEL DE RIESGO ALTO EN LA COMUNIDAD DE MADRID***

Hasta la fecha son ya 337.812 los pacientes a los que se les ha asignado nivel de intervención. De estos, 44.796 corresponden a pacientes con nivel de riesgo alto (NRA), lo que supone haber revisado el 25,37% de las historias de pacientes con NRA.

A este respecto destacan, por haber revisado más del 70% de los pacientes con NRA, los centros:

C.S. Las Américas, Consultorio Carabaña (C.S. Perales de Tajuña), C.S. Humanes, C.S. Arganda – Felicidad, Consultorio Mataelpino (C.S. Manzanares el Real), Consultorio Bustarviejo (C.S. Soto del Real), Consultorio Casarrubuelos, C.S. Baviera, C.S. Francia, C.S. San Martín De La Vega, C.S. Núñez Morgado y C.S. María Montessori.

La revisión de las historias con NRA es de relevancia ya que estos pacientes constituyen la principal población diana de pacientes frágiles susceptibles de llevar a cabo una gestión particular del caso, es decir, de ser incluidos en el proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAIPCC).

## PRESENTACIÓN DEL PROYECTO EDUCATIVO ESTRUCTURADO PARA PERSONAS CON EPOC Y SUS CUIDADORES



El pasado día 14 de noviembre, la Subdirección General de Continuidad Asistencial (SGCA) presentó a los equipos directivos de enfermería del Servicio Madrileño de Salud el **Proyecto de educación estructurada para personas con EPOC y sus cuidadores.**

Un proyecto que se enmarca en la línea 6 de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid, que ha sido liderado por la Subdirección General de Continuidad Asistencial, la Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Salud Pública y en el que han participado numerosos profesionales asistenciales, técnicos y directivos pertenecientes a diferentes ámbitos de la organización (atención primaria y atención especializada).

Durante el desarrollo de la Jornada, la Jefa del Área de cronicidad de la SGCA enmarcó el proyecto remarcando la importancia del papel activo del ciudadano en los nuevos modelos de atención a la cronicidad y resaltando la necesidad de que los profesionales sanitarios cuenten con las estrategias y los recursos necesarios para conseguirlo. Se presentaron todos los documentos informativos y formativos elaborados, tanto los dirigidos a los pacientes y personas cuidadoras con el objetivo de aumentar su capacitación y autonomía en el cuidado de su salud, como los dirigidos a los profesionales con el objetivo de estructurar y normalizar la intervención educativa y de capacitación.

Durante el desarrollo de la sesión fue presentada la Escuela Madrileña de Salud por la coordinadora de la misma.

En el cierre del acto tanto la Gerente de cuidados como la Subdirectora General de Continuidad Asistencial destacaron la importancia de poner en marcha el proyecto trabajando la coordinación entre los profesionales de enfermería de los diferentes ámbitos a la hora de llevar a cabo las actividades formativas.

Con el objetivo de dar a conocer el proyecto a los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, los autores del proyecto junto con los miembros del grupo director realizarán

durante los próximos meses presentaciones para su difusión en todas las Direcciones Asistenciales.

## **PRESENTADO EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CON EPOC**

El día 25 de octubre se ha presentado en el Hospital Universitario de La Princesa el *Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC* a las gerencias y direcciones médicas y enfermeras de atención primaria y de todos los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.



El director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, D. Cesar Pascual Fernández, enmarcó el proyecto y los aspectos estratégicos del mismo y la Subdirectora General de Continuidad Asistencial, D<sup>a</sup> Nuria Fernández de Cano Martín remarcó los puntos clave de este modelo de atención integral e integrada a los pacientes con EPOC en la Comunidad de Madrid.

A partir de aquí el Proceso asistencial integrado del paciente con EPOC será difundido a todos los profesionales asistenciales implicados en la atención a estos pacientes para su implantación.

## **AMPLIA DIFUSIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DOCUMENTO QUE DEFINE EL ROL DE LA ENFERMERA EDUCADORA/ENTRENADORA EN AUTOCUIDADOS**

Hace aproximadamente un año se presentaba a los equipos directivos de Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria, Continuidad Asistencial y Gerencia de Cuidados, el documento que define uno de los principales roles a desempeñar por la enfermera de AP, el de enfermera educadora/entrenadora en autocuidado.

Este documento recoge las funciones y las competencias a desarrollar por las enfermeras de Atención Primaria para conseguir personas activas y responsables de su autocuidado, favoreciendo su aprendizaje en salud. En el último trimestre del año fue presentado a los equipos directivos y responsables de educación para la salud de los centros de salud en cada

una de las direcciones asistenciales, con el compromiso de que difundan el documento a los profesionales de sus centros.

Meses después, fue grato ver que la difusión del rol ha sido amplia y que se había presentado el documento en 186 centros de salud, lo que representa más del 70 % de los mismos.

A las sesiones habían acudido más de 2400 profesionales, entre ellos, 1763 profesionales de enfermería (51% del total de enfermeras).

Con el objetivo de que el rol sea conocido y desempeñado por la mayor parte de las enfermeras de Atención Primaria, continuaremos promoviendo la difusión del mismo y planificando talleres formativos que permitan a los profesionales de enfermería adquirir las competencias necesarias para la ejecución de este rol de forma eficiente.

## PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA

### REHABILITACIÓN CARDIACA

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en el mundo y una de las principales causas de discapacidad física y psicológica. Según datos de la OMS de 2015, se estima que en 2012 murieron por este motivo 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo.

En nuestro país y según datos del Instituto Nacional de Estadística, sobre las causas de defunción del año 2015, la ECV sigue representando la primera causa de muerte, con el 29,4% del total de fallecimientos, lo que la sitúa por encima de tumores (26,4%) y enfermedades del sistema respiratorio (12,3%).

La Rehabilitación Cardíaca (RC) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: *“la suma coordinada de intervenciones requeridas para influir favorablemente sobre la enfermedad, asegurando las mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales para que los pacientes, por sus propios medios, puedan conservar o reanudar sus actividades en la sociedad de manera óptima. La rehabilitación no debe considerarse como una terapia aislada, sino que debe ser integrada en el tratamiento global de la cardiopatía, de la cual ésta forma sólo una faceta”*. Promueve el desarrollo de los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) como sistemas terapéuticos de actuación multifactorial cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de

los pacientes y lograr su completa reincorporación a la sociedad, logrando disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad.

Si bien dentro de la RC se han propuesto numerosos PRC con métodos, protocolos y recursos de muy diversa índole, existe cada vez más evidencia que demuestra que para obtener los mejores resultados, estos deben de ser integrales e incluir la evaluación médica, el tratamiento farmacológico, la prescripción del ejercicio físico, la modificación de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y la realización de intervenciones nutricionales, psicosociales y vocacionales.

Existe una gran variabilidad en la composición de los equipos de RC, aunque la literatura define dos tipos principales: un *equipo básico*, formado por cardiólogo, rehabilitador, médico de familia, enfermera y fisioterapeuta, y un *equipo complejo*, en el que se podrían integrar al equipo básico, entre otros, psicólogo, terapeuta ocupacional, internista, psiquiatra, nutricionista, urólogo, médico del deporte, o trabajador social. Esta incorporación progresiva de profesionales de diferentes ámbitos, proporciona una mayor cobertura a estos pacientes y un tratamiento más global de su situación, tratando de lograr la reincorporación del enfermo cardíaco a su entorno sociolaboral con la adquisición de un estilo de vida más saludable.

En la actualidad diversas publicaciones han demostrado la eficacia de la RC en términos de morbimortalidad, así como el aumento en la autoeficacia percibida, mejora de la funcionalidad y del bienestar general de la persona. Recomiendan, por tanto, ir desarrollando de manera sostenida los PRC dentro de los sistemas de salud, así como de su extensión a la atención primaria bien en la fase III (de mantenimiento) o en la fase II (ambulatoria) para pacientes de bajo riesgo.

La Comunidad de Madrid cuenta con 20 hospitales públicos con Rehabilitación Cardíaca. Además, a través del Hospital General Universitario Gregorio Marañón se trabaja en un programa de Rehabilitación Cardíaca Infantil, que permite a los niños a través del ejercicio monitorizado, recuperar la función cardiovascular, mejorando su calidad de vida.

El Portal de Salud de la Consejería de Sanidad de Madrid pone a disposición de pacientes y profesionales una página web sobre rehabilitación cardíaca con recomendaciones sobre prevención, factores de riesgo, medicamentos, así como enlaces a los hospitales con rehabilitación cardíaca, a asociaciones de pacientes o a las últimas guías clínicas de manejo

de los factores de riesgo cardiovascular. Puede consultarla en:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354517963365&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_servicioPrincipal&vest=1354517963365](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354517963365&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1354517963365)

### Bibliografía recomendada

- López Frías Magdalena, Gómez Martínez Mar, Ramírez López Frías Mercedes, Teresa Galván Carlos De, Díaz Castro Javier, Nestares Teresa. Beneficio del seguimiento de un programa de rehabilitación cardíaca sobre algunos parámetros de la composición corporal. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Nov 28]; 30(6): 1366-1374. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112014001300023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001300023&lng=es). <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7897>
- Needs and priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with coronary heart disease. (1993). WHO Technical Report Series 831. Geneva: World Health Organisation.
- Rivas-Estany E, García-Porrero E, Andrade-Ruiz M. Modelos de Unidades de Prevención Cardiovascular Integral, con especial énfasis en el papel preventivo de la Rehabilitación Cardíaca. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* [revista en Internet]. [citado 2017 Nov 28]; 22(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/629>.
- Cano De la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Paje JC. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65:72-9.
- Oyanguren A, Latorre García PM, Torcal Laguna J, Lekuona Goya I, Rubio Martín S, Maull Lafuente E, Grandes G. Efectividad y determinantes del éxito de los programas de atención a pacientes con insuficiencia cardíaca: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69:900-14.
- Beauchamp A, Worcester M, Murphy B, Tatoulis J, Grigg L, Newman R, Goble A. Attendance at cardiac rehabilitation is associated with lower all-cause mortality after 14 years of follow-up. *Heart.* 2013 May; 99(9):620-5.

- Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, Pratt M. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016 Sep 24; 388(10051):1311-24.
- Madueño Caro AJ, Mellado Fernández ML, Delgado Pacheco J, Muñoz Ayllon M, Pardos Lafarga M, Saez García L. Autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y biotipos previos a programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud. *Enfermería Clínica* 2017; 27(6): 346-351.
- Galve E, Castro A, Cordero A, Dalmau R, Fácila L, García-Romero A, Mazón P, Sanmartín M, Alonso García A. Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66:124-30.
- Sexto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(10):939.e1-e87.
- Gomez-Gonzalez AM, Montiel-Trujillo A, Bravo-Escobar R, Garcia-Gomez O, Corrales-Marquez R, Bravo-Navas JC, Aguilar-Jiménez R, Collantes-Rivera R, Gonzalez-Jiménez B, Martínez-Lao M. Equipo multidisciplinario en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca. ¿Qué papel desempeñamos? *Rehabilitacion* 2006; 40: 290-300.

## NOTICIAS

### ***CELEBRADO EL II ENCUENTRO EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL BAJO EL LEMA “COMUNICAR, COMPARTIR, INTEGRAR”.***

#### **La gestión del transporte sanitario y la integración del centro sociosanitario en un servicio de urgencias, premiados en el II Encuentro en Continuidad Asistencial**

El pasado día 5 de octubre, tuvo lugar en el Hospital Universitario 12 de Octubre el II Encuentro en Continuidad Asistencial de la Comunidad de Madrid, organizado por la Subdirección General de Continuidad Asistencial del Servicio Madrileño de Salud, que contó con la participación de 350 asistentes.

El Encuentro fue inaugurado por D. César Pascual Fernández, Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, acompañado en la mesa por Dña. Nuria Fernández de Cano Martín, Subdirectora General de Continuidad Asistencial y Dña. Carmen Martínez de Pancorbo González, Directora Gerente del hospital anfitrión, quienes destacaron la Continuidad Asistencial como eje transversal en el modelo sanitario actual.

Directivos y profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales debatieron en la mesa institucional, “El motor del cambio”, sobre la reciente implantación del Proceso asistencial del paciente crónico complejo destacando el valor que añade en la atención a los pacientes más frágiles.

En las mesas de exposición de comunicaciones “Generando ideas” y “Evaluando resultados” tuvimos la posibilidad de conocer trece experiencias en el campo de la continuidad y coordinación asistencial. Resultaron ganadoras las comunicaciones “Gestión del transporte sanitario: objetivo de innovación y mejora en la continuidad asistencial” del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y “Unidad de atención al paciente institucionalizado. Integración del centro sociosanitario en un servicio de urgencias” del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Acceda a todas las comunicaciones presentadas (en las mesas y electrónicas) haciendo [click aquí](#).

---

---

#### Comité editorial:

**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. 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 David Cerdeño Arconada. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

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

Juan Carlos Ansede 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<sup>a</sup> Dolores Arranz Alonso. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

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

Olga Monedo Pérez. 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.

