

CRONI.net

Boletín nº22. Junio 2018



Boletín nº 22. Junio 2018

Estimados compañeros,

Iniciamos este segundo número de 2018 con el proceso de expansión de la e-Consulta y la finalización de la difusión del Proceso Asistencial Integrado del paciente con EPOC y del Proyecto de Educación Estructurada para personas con EPOC y sus cuidadores en la Comunidad de Madrid.

Entre los avances en la atención a personas con enfermedades crónicas se encuentra la publicación de la nueva estratificación realizada en mayo de 2018, en la que se actualizan los Niveles de Riesgo (NR) de la población de madrileña calculados por el estratificador poblacional y por tanto las correlaciones con el Nivel de Intervención (NI) que asignan nuestros profesionales.

La píldora bibliográfica en este segundo boletín tiene como título: “Edad avanzada en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana”, y expone la importancia de la detección precoz y el abordaje integral de los pacientes con mayor edad para mejorar su funcionalidad y calidad de vida.

Nuria Fernández de Cano Martín

Subdirectora General de Continuidad Asistencial.



CRONI.net



NOVEDADES EN LAS SECCIONES

JORNADAS Y CONGRESOS

III ENCUENTRO EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL. Madrid, 4 de Octubre 2018. Hospital Gregorio Marañón.

XXXVI CONGRESO SECA. Burgos, 17, 18, 19, Octubre 2018.

II FORO DE CRONICIDAD SEGG-SEMG. Sevilla, 26 y 27 Octubre 2018.

SEGUIMOS AVANZANDO EN EL DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA...

NUEVA ESTRATIFICACIÓN POBLACIONAL Y SUS NIVELES DE RIESGO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Desde el pasado 14 de mayo disponemos de la nueva estratificación de la población de la Comunidad de Madrid a fecha 31 diciembre de 2017, realizada mediante el agrupador GMA.

La población total de la Comunidad de Madrid era de 6.749.560 ciudadanos, de los cuales el 55,54 % (3.748.695) tiene al menos una enfermedad crónica registrada en su historia clínica electrónica de Atención Primaria y/o CMBD. Del total de ciudadanos, el 44,58% tienen un nivel de riesgo bajo (3.009.219), el 8,28% un nivel de riesgo medio (559.129) y un 2,67% un nivel de riesgo alto (180.347). El 44,46% de la población de la Comunidad de Madrid no tiene ninguna patología crónica registrada (3.000.865).

A fecha 29 de junio de 2018 y con los datos actualizados de la nueva estratificación, son 918.063 los pacientes a los que los profesionales asistenciales les han asignado algún nivel de intervención.

El 46 % de los pacientes a los que el estratificador poblacional sitúa en el nivel de riesgo alto ya tienen un nivel de intervención asignado; siendo este el grupo más susceptible en el que identificar a los pacientes crónicos más frágiles, que requieren de una gestión individualizada y de un mayor grado de coordinación para garantizar una atención continuada e integral.

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA E-CONSULTA NORMALIZADA EN LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

La e-Consulta dota a los profesionales sanitarios de un circuito centralizado que permite realizar una interconsulta clínica no presencial entre diferentes ámbitos sanitarios. Es una herramienta normalizada para todos los centros de salud y hospitales, que responde a la demanda de profesionales y usuarios, ofreciendo trazabilidad, mejora de la capacidad resolutoria, disminución de tiempos para la obtención de diagnósticos y mejora de la accesibilidad de los pacientes, evitando desplazamientos innecesarios.

En este momento y tras la realización de un pilotaje inicial de la herramienta de e-Consulta llevado a cabo con el Hospital Universitario Infanta Cristina y el centro de salud Las Américas, se va a proceder a extender su implantación al resto de hospitales y centros de salud de la Comunidad de Madrid, permitiendo la realización de interconsultas clínicas no presenciales en todos los ámbitos.

PÍLDORA BIBLIOGRÁFICA

EDAD AVANZADA EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

José Verdejo Ortés. Vigilancia Epidemiológica VIH/sida. Servicio de Epidemiología. DG de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

En 1981 se describieron los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)¹⁻². Pocos años después se identificó la causa de este cuadro de inmunosupresión³⁻⁴. Se trataba de un virus ARN, que se adquiría por vía parenteral y sexual, perteneciente a la familia retroviridae. Siguiendo la nomenclatura internacional aplicada a los retrovirus fue denominado virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este virus afecta al sistema inmunológico provocando una depleción en el número de linfocitos T CD4+. El descenso de estas células inmunitarias es responsable de la aparición de infecciones oportunistas y/o tumores incompatibles con la vida. En breve, la expansión del VIH provocó una alarmante epidemia. La ausencia de un tratamiento eficaz contra el VIH, junto con su facilidad de transmisión, tanto por vía sexual como parenteral, determinó que en la década de los ochenta y principios de los noventa se asistiera a una expansión exponencial y devastadora de la epidemia a nivel mundial provocando una impresionante morbimortalidad⁵. Así, en la Comunidad de Madrid (CM) se notificaron más de 13.000 casos de sida entre 1981 y 1996⁶. La morbimortalidad comenzó a disminuir de forma significativa a partir de 1996 con la aparición de nuevos fármacos antirretrovirales combinados



CRONI.net



entre sí⁷. Desde esa fecha, y hasta la actualidad, la supervivencia de los pacientes infectados por el VIH continúa aumentando. Actualmente, existen datos sólidos que confirman que la expectativa de vida estaría situada por encima de los setenta años de edad en condiciones ideales⁸. Este nuevo escenario de la epidemia, con disminución de la mortalidad y aumento de la supervivencia, ha determinado que la población infectada por el VIH esté envejeciendo. De este modo, el 39,3% de los pacientes infectados en la CM a 31 de diciembre de 2016 tenían 50 o más años de edad (en prensa). Se ha estimado que para el año 2030, el 73% de los pacientes tendrán una edad superior a 50 años y el 39% superior a 65 años⁹.

La senectud en la población infectada por el VIH tiene dos características que deben ser consideradas. De una parte, la infección por el VIH provoca un envejecimiento precoz, y de otra, el número de ciertas comorbilidades está incrementado. Estos aspectos justifican una especial dedicación a la edad en la población VIH-positiva. En este marco, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado recientemente un 'Documento de Consenso sobre Edad Avanzada e Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana'¹⁰.

Existen evidencias para establecer que en la población infectada por el VIH puede considerarse "edad avanzada" a partir de los 50 años de edad. De una parte, la edad de 50 años o más es una variable determinante en la respuesta inmunológica al tratamiento y en la supervivencia, y de otra, se ha observado que los cambios propios de la inmunosenescencia se producen con diez años de antelación en relación con la población general. Estos cambios se producen fundamentalmente como consecuencia de un estado basal de activación inmune e inflamación persistente¹¹⁻¹³. Por otra parte, a partir de los 65 años debe hablarse de "paciente mayor". Estos adelantos en los cortes de edad (edad avanzada y paciente mayor) obligan a una actitud activa en la detección precoz de estados de fragilidad de los pacientes. Es necesaria una elevada sensibilización en el colectivo sanitario para diagnosticar precozmente la prefragilidad y fragilidad. Considerando que, al menos en parte la fragilidad puede revertirse, un diagnóstico precoz de la misma permitiría prevenir morbilidades e incrementar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. La fragilidad ha sido recientemente revisada¹⁴.

En relación con las comorbilidades asociadas a la infección por el VIH se ha puesto de manifiesto que algunos procesos, denominados eventos no-sida, se presentan con más frecuencia en la población infectada por el VIH que en la población general. Eventos cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemias, osteoporosis y fracturas óseas, deterioro neurocognitivo, tumores no-sida, enfermedad hepática, renal y pulmonar se incluyen en este grupo de comorbilidades asociadas a la infección por el VIH^{13,15-18}. La presencia de estos eventos no-sida son responsables del incremento continuo de la pluripatología, con la consiguiente polifarmacia, entre la población infectada por el VIH.



CRONI.net



La inmunosenescencia y la presencia de un estado proinflamatorio (inflam-aging) permanente en la población infectada con el VIH parecen jugar un papel determinante en el desarrollo de estos eventos no-sida. El deterioro del sistema inmunológico puede evaluarse mediante la determinación del cociente CD4/CD8. La importancia de este parámetro radica en su relación con el grado de inmunosenescencia y la posibilidad de determinarlo con facilidad en la práctica clínica¹⁹⁻²¹. Por otra parte, junto a la inmunosenescencia y al estado proinflamatorio constante de los pacientes infectados con el VIH, incluso bajo tratamiento antirretroviral con carga viral por debajo de 50 copias/ml, deben considerarse en la etiopatogénesis de los eventos no-sida la frecuente exposición a noxas de esta población. Así, son frecuentes las coinfecciones (virus papiloma humano, virus hepatotropos, etc.) o la exposición a tóxicos, tales como el alcohol, y muy especialmente, el tabaco.

Puede estimarse que en los próximos años, la tasa de prevalencia de pacientes infectados por el VIH aumentará, así como la mediana de edad y el porcentaje de individuos infectados mayores de 50 años. Considerando la senectud precoz de los mismos y las frecuentes comorbilidades, será preciso un abordaje multidisciplinario de los pacientes infectados por el VIH. De hecho, la implicación de los profesionales de atención primaria y hospitalaria es ya una realidad en el manejo de estos pacientes y, considerando todo lo anteriormente expuesto, deberá incrementarse en el futuro para mejorar su calidad de vida, revertir la fragilidad disminuyendo su susceptibilidad, y aumentar su supervivencia. Por último, es necesario que los profesionales sanitarios incorporen de forma rutinaria la valoración de la fragilidad a edades tempranas en los pacientes infectados por el VIH tal y como recomiendan los panelistas del “Documento de Consenso sobre Edad Avanzada e Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”.



CRONI.net



Bibliografía recomendada

1. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumocystis pneumoniae – Los Angeles. MMWR 1981; 30: 250-252.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumoniae among homosexual men – New York City and California. MMWR 1981; 30: 305-308.
3. F Barre-Sinoussi, JC Chermann, F Rey, MT Nugeyre, S Chamaret, J Gruest et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Science 1983; 220: 868-871.
4. RC Gallo, PS Sarin, EP Gelmann, M Robert-Guroff, E Richardson, VS Kalyanaraman et al Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Science 1983; 220: 865-867.
5. JA Levy. HIV and Pathogenesis of AIDS. ASM Press. Washington, 1998.
6. Vigilancia de la Infección por VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de diciembre de 2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2016; 8: 5-41 Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DBE+Agosto+2016.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352947723582&ssbinary=true>.
7. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA et al Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med. 1998; 338(13): 853-860.
8. Nakagawa F, Lodwick RK, Smith CJ, Smith R, Cambiano V, Lundgren JD et al. Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis. AIDS. 2012; 26:335-343.
9. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem Av et al; ATHENA observational cohort. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. Lancet Infect Dis. 2015; 15: 810-818.
10. Documento de Consenso sobre Edad Avanzada e Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS), Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). (Noviembre 2015). Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docEdadAvanzadaVIH.pdf>
11. Blanco JR, Jarrín I, Vallejo M, Berenguer J, Solera C, Rubio R, et al. Definition of Advanced Age in HIV Infection: Looking for an Age Cut-Off. AIDS Research and Human Retroviruses 2012; 28: 800-806.
12. Desai S, Landay A. Early immune senescence in HIV disease. Curr HIV/AIDS Rep. 2010; 7:4-10.
13. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. Clin Infect Dis 2011; 53: 1120-1126.
14. Cribado de la fragilidad. Croni.net 2016 (Diciembre): 4-7. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCroninet15.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352924718062&ssbinary=true>.
15. Zhao H, Goetz MB. Complications of HIV infection in an ageing population: challenges in managing older patients on long-term combination antiretroviral therapy. J antimicrob chemother 2011; 66: 1210-1214.



CRONI.net



16. Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, van der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: The AGEHIV Cohort Study. *Clin Infect Dis* 2014; 59: 1787-1797.
17. Hasse B, Lederberger B, Furrer H, Battegay M, Hirschel B, Cavassini M, et al. Morbidity and aging in HIV infected persons: the Swiss HIV cohort Study. *Clin Infect Dis* 2011; 53: 1130-1139.
18. Guaraldi G, Zona S, Brothers T, Carli F, Stentarelli C, Dolci G et al. Aging with HIV vs seroconversion at older age: a diverse population with distinct comorbidity profiles. *Plos One* 2015; 10: (4):e0118531. doi: 10.1371/journal.pone.0118531. eCollection 2015.
19. Deeks SG, Tracy R, Douet DC. Systemic effects of inflammation on health during chronic HIV infection. *Immunity* 2013; 39: 633-645.
20. Hadrup SR, Strindhall J, Køllgaard T, Seremet T, Johansson B, Pawelec G et al. Longitudinal studies of clonally expanded CD8 T cells reveal a repertoire shrinkage predicting mortality and an increased number of dysfunctional cytomegalovirus-specific T cells in the very elderly. *J Immunol.* 2006; 176(4): 2645-2653.
21. Helleberg M, Kronborg G, Ullum H, Ryder LP, Obel N, Gerstoft J. Course and Clinical Significance of CD8+ T-Cell Counts in a Large Cohort of HIV-Infected Individuals. 2015; 211: 1726-1734.



CRONI.net



Comité editorial:

Responsable del comité editorial:

Nuria Fernández de Cano Martín. Subdirectora General de Continuidad Asistencial.

Responsable operativo:

Carmen García Cubero. Responsable del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.

Responsable técnico:

José David Cerdeño Arconada. 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. Técnico de la Subdirección General de Continuidad Asistencial.

David Rodríguez Morales. Director Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Elena.

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

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

José Enrique Villares Rodríguez. Director asistencial médico de la Dirección Asistencial 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.

Juan José Muñoz González. Director de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Santa Cristina.

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

Luis Sánchez Perruca. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

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

Mercedes Álvarez Bartolomé. Directora de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario del Henares.

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

Montserrat Hernández Pascual. Gerente Adjunto de Procesos Asistenciales. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Olga Monedo Pérez. Técnico de la 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.

Raúl Mallaina García. Dirección General de Planificación, Investigación y Formación.

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

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



CRONI.net



Edita:
CONSEJERÍA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Subdirección General de Continuidad Asistencial

Coordina:
Subdirección General de Continuidad Asistencial
E-mail: cdca@salud.madrid.org

Edición: Junio 2018
ISSN 2444-1546

Publicación en línea



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