



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



ESTRATEGIA
PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y PREVENCIÓN EN EL SNS

Experiencia de implementación del abordaje de la fragilidad en la Cartera de Servicios de Atención Primaria

**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, 15 de Diciembre de 2022

Introducción



Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

- Población total: alrededor de 6,7 millones con TSI
- Población ≥ 70 años ≈ 900.000 personas
- 262 centros de salud y 165 consultorios locales
- 13.000 profesionales, en turnos de mañana y tarde ($\approx 50\%$)

Antecedentes: documentos de referencia



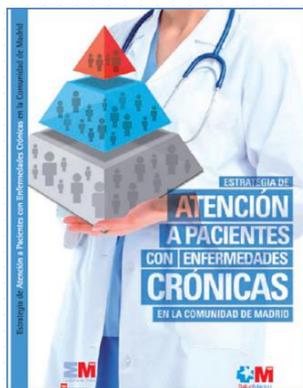
→2014

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

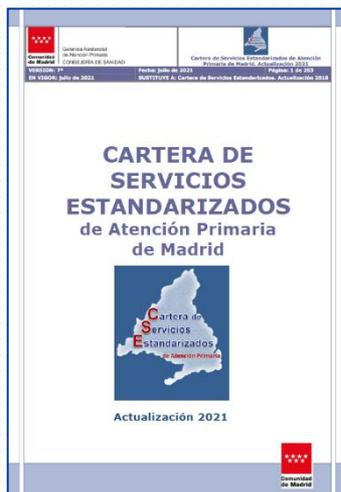


“Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la comunidad de Madrid”. Estratificar a la población crónica en NIVELES DE INTERVENCIÓN (BAJO / MEDIO / ALTO), retrasar la progresión de las enfermedades, reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos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

Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de AP



- Oferta de 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 se **evalúa anualmente** (31 de diciembre) con “Lenguaje SQL” → resultado 222 indicadores
- Los resultados se visualizan en **Cuadro de Mando eSOAP** → informes de CSE y cuadros de mando específicos



Evolución de la Cartera de Servicios Estandarizados de AP



→ **2007**



“Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid”

Se actualiza cada 2 - 3 años

→ **2018**



6ª Versión → Implementa ambas estrategias desarrollando servicios de salud específicos para pacientes crónicos en relación con los NIVELES DE INTERVENCIÓN y la **CAPACIDAD FUNCIONAL**

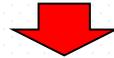
→ **Actualidad: 7ª Versión (2021)**

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

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 (presencia de indicadores de riesgo social y/o patología crónica invalidante)
- Sº 501. Atención domiciliaria a personas inmovilizadas

**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 y enfermeras de familia y un médico especialista en geriatría
- Revisamos el Documento de consenso 2014 y otras evidencias científicas (Guías clínicas, PAPPs, Estrategias de cronicidad...)
- 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 → FORMACIÓN**

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



Estratifica a la población según su **capacidad funcional**

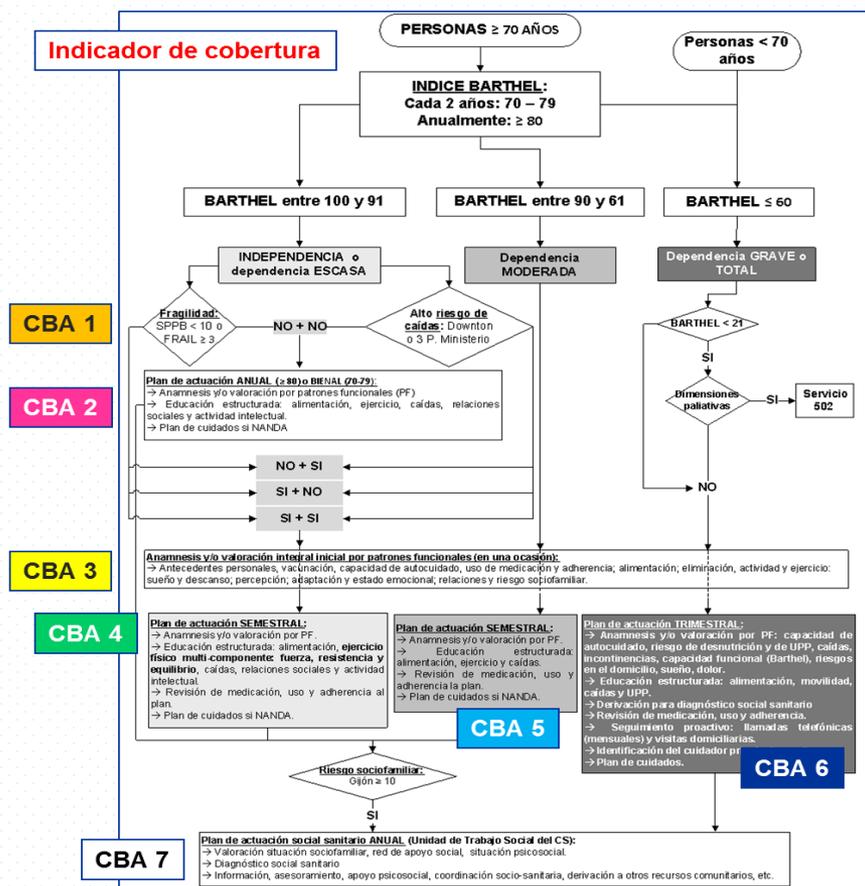
→ Estructura del servicio: 8 indicadores

- **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 a realizar



COB: Nº Personas ≥ 70 años con cribado de capacidad funcional (Índice de Barthel) / 1-2 años

CBA 1: Cribado de fragilidad y riesgo de caídas /1-2 años

CBA 2: Plan asistencial mayores sin fragilidad y bajo riesgo de caídas

CBA 3: Valoración integral

CBA 4: Plan asistencial semestral mayores con fragilidad o alto riesgo de caídas

CBA 5: Plan asistencial semestral mayores con dependencia moderada

CBA 6: Plan asistencial trimestral personas con dependencia grave o total

CBA 7: Plan de actuación social sanitario (nuevo 2021)

Indicador de cobertura: cribado de capacidad funcional



INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{N}^\circ \text{ de personas } \geq 70 \text{ años}} \times 100$$



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

Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Versión: 7ª
EN VIGOR: julio de 2021

Cartera de Servicios Estándarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021.
Página: 108 de 233
SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estándarizados. Actualización 2018.

► ANEXO 9. ÍNDICE DE BARTHEL

Questionario heteroadministrado que valora la capacidad de la persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria. Está validado y es útil en nuestro medio.

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PTOS
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.	10
Vestirse	Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.	5
	Dependiente	0
	Independiente: incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, etc.	5
Arreglarse	Dependiente	0
	Independiente: ningún episodio de incontinencia.	10
	Ocasional: un episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse cremas o supositorios.	5
Deposiciones Valorar la semana previa	Independiente	0
	Dependiente: ningún episodio de incontinencia.	10
	Ocasional: como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas; necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.	5
Micción Valorar la semana previa	Independiente	0
	Independiente: usa el retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar o mancharse.	10
	Necesita una pequeña ayuda para quitarse y ponerse la ropa, pero se limpia solo.	5
Usar el retrete	Dependiente	0
	Independiente: necesita ayuda física o supervisión verbal.	15
	Necesita gran ayuda (persona entredada), pero se sienta sin ayuda	10
Trasladores (cifas / cama)	Dependiente: necesita guía o ayuda de dos personas; no puede permanecer sentado.	0
	Independiente: camina solo 30 metros; puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas; si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponerse.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para andar 30 metros.	10
Deambular	Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión.	0
	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
Subir escaleras	Dependiente	0
	Independiente	10
	Dependiente	0

PUNTUACIÓN TOTAL:

Independencia	100 puntos (máxima puntuación, 30 si silla de ruedas)
Dependencia leve	71-99
Dependencia moderada	41-70
Dependencia grave	11-40
Dependencia total	0-10

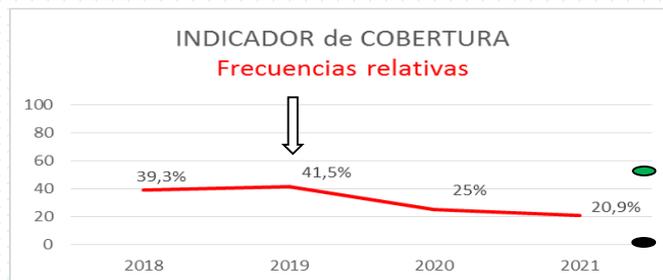
Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caída en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de caídas en personas mayores. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid, 2014. Página 48.

Indicador de cobertura: resultados 2018 - 2021



INDICADOR de COBERTURA

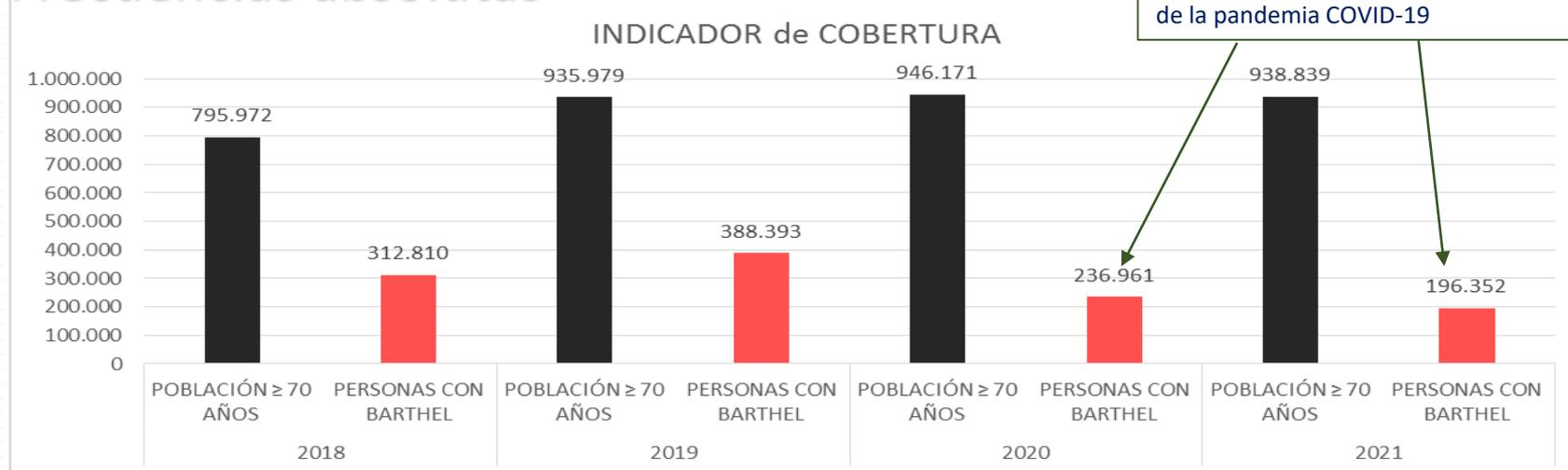
$$\frac{\text{Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{Nº de personas } \geq 70 \text{ años}} \times 100$$



55,83% CS mejor resultado

2,31% CS peor resultado

Frecuencias absolutas



Indicador de cobertura: obtención de resultados



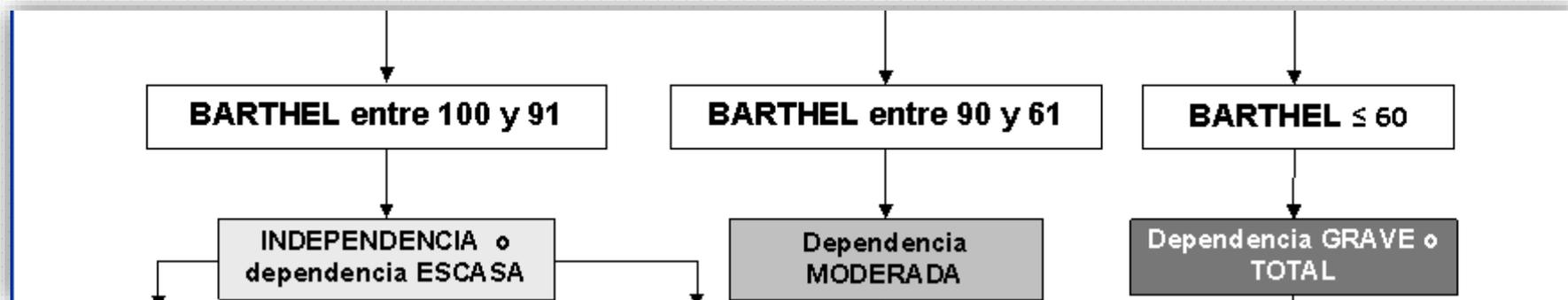
Tablas de evaluación

Indicador de CSE	Denominador de evaluación	Numerador de evaluación		DGP	Descripción DGP	Periodicidad	
		Cumplimiento de criterios	Criterios de evaluación			entre 71 y 79 años	≥ 80 años
COBERTURA NUMERADOR: Criterio de inclusión (CI): Personas ≥ 70 años que tengan realizada una valoración de la capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria mediante Índice de Barthel: • cada 2 años si ≥ 70 y ≤ 79 años, • anual si ≥ 80 años. Personas de cualquier edad con Barthel ≤ 60 DENOMINADOR. Personas ≥ 70 años	TSI > 70 años	1 obligatorio	Valoración actividades básicas de la vida diaria Índice de Barthel (fecha y valor del último registro en HCE)	DVFUNCIO	TEST. VAL. FUNCIONAL (BARTHEL)	En 2 años previos a FE	En 1 año previo a FE

Servicio 420: estratificación por capacidad funcional



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

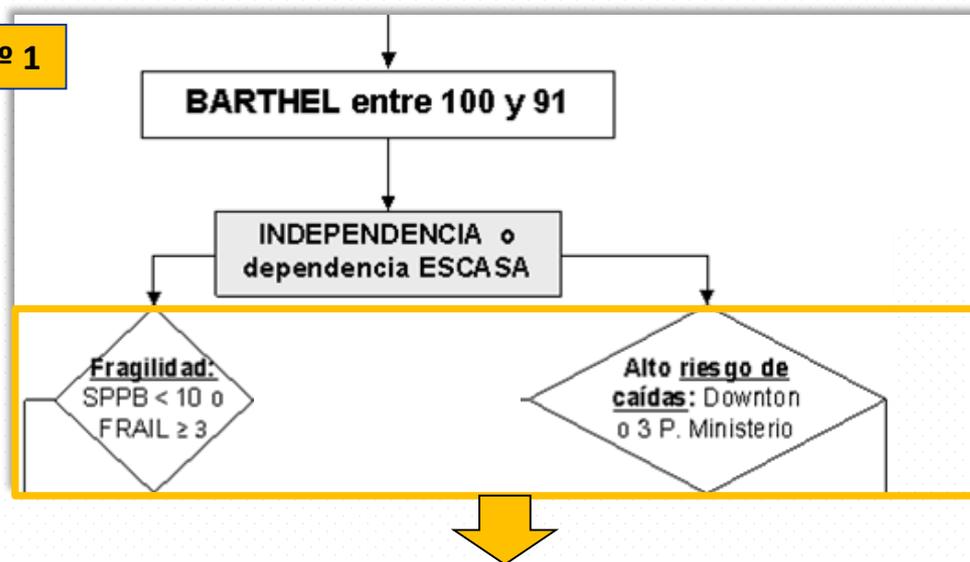


→ Ayuda a los profesionales a asignar el plan de actuación adecuado, con intervenciones adaptadas a cada situación.

CBA 1: cribado de fragilidad y riesgo de caídas



Criterio de Buena Atención Nº 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

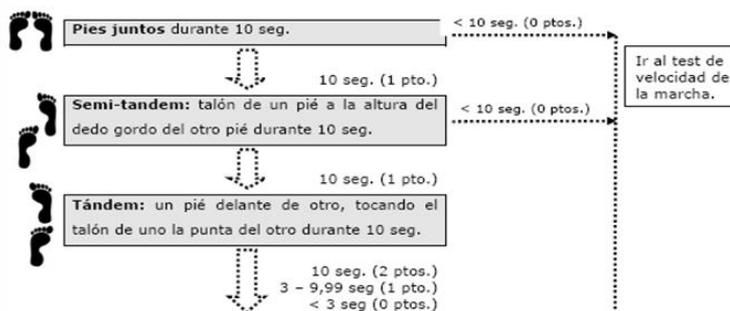
- El cribado de fragilidad se realizará con el cuestionario FRAIL (Anexo 41. Escala FRAIL) cuando no se disponga del espacio físico suficiente para realizar la prueba de ejecución SPPB.
- La valoración del riesgo de caídas se realizará con uno de los siguientes: Anexo 15. Preguntas para cribado de riesgo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

CBA 1: herramientas para el cribado de fragilidad



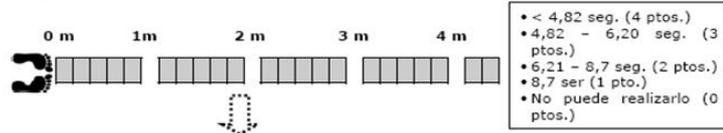
ANEXO 28: BATERÍA SPPB (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY)

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

Pretest: pedir que cruce los brazos sobre el pecho e intente levantarse de la silla. No puede realizarlo → Parar (0 pts.)

Si puede realizarlo

5 repeticiones: medir el tiempo que tarda en levantarse 5 veces de la silla lo más rápido que pueda, sin pararse.

- ≤ 11,19 seg. (4 pts.)
- 11,2 - 13,69 seg. (3 pts.)
- 13,7 - 16,69 seg. (2 pts.)
- > 16,7 seg. (1 pts.)
- > 60 seg. o no puede realizarlo (0 pts.)

ANEXO 30: ESCALA FRAIL

Cuestionario 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?	
• Si	1
• No	0
Deambulación: por sí mismo y sin uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?	
• Si	1
• No	0
Comorbilidad: para 11 enfermedades	
1. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene hipertensión?	Si = 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)?	
4. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad pulmonar crónica?	Las enfermedades totales están recodificadas como:
5. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene ataque cardíaco?	
6. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene insuficiencia cardíaca?	• < 4 = 0 • ≥ 5 = 1
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	

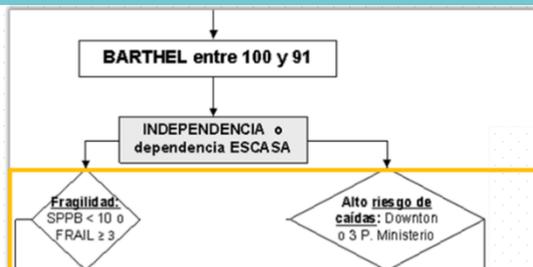
Interpretación:

ALTO RIESGO > 2 PUNTOS

CBA 1: resultados

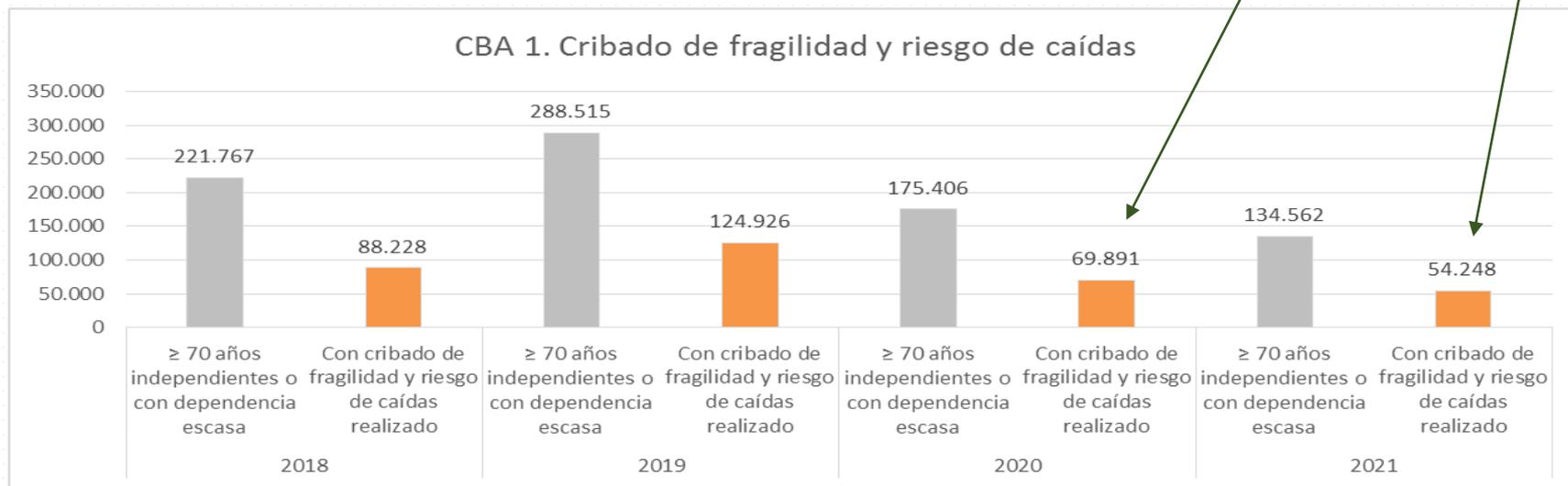


CBA 1



Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

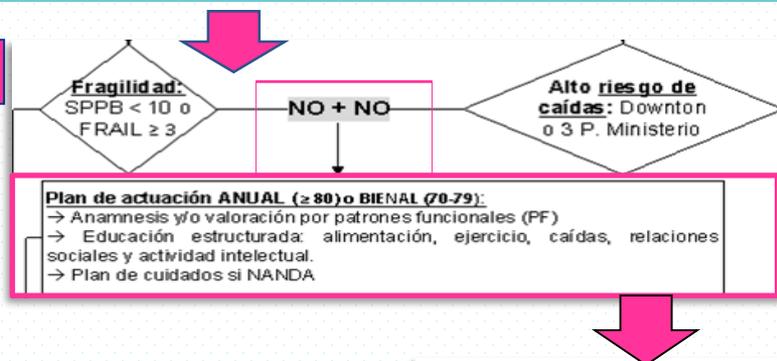
Frecuencias absolutas



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



CBA 2



Plan de actuación ANUAL (≥ 80) o BIENAL (70-79):
→ Anamnesis y/o valoración por patrones funcionales (PF)
→ Educación estructurada: alimentación, ejercicio, caídas, relaciones sociales y actividad intelectual.
→ Plan de cuidados si NANDA

CBA 2

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) con cribado de fragilidad negativo y con riesgo bajo de caídas tendrán realizado un **plan de actuación** cada **dos años** cuando tengan entre 70 y 79 años y **anual** con 80 años o más, que incluya:

- Una **anamnesis y/o valoración** por patrones funcionales:
 - Percepción mantenimiento: tratamiento pautado, uso adecuado de la medicación y adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico; capacidad de autocuidado. Estado vacunal (antigripal, antineumocócica)
 - Nutricional - metabólico: peso, talla e IMC; ingesta de líquidos; número de comidas/día y dieta saludable/mediterránea; alimentos ricos en vitamina D; exposición solar moderada; apetito/inapetencia; dificultad para masticar, deglución y estado de la dentición.
 - Actividad - ejercicio: TA; ejercicio físico, tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana); tipo de ocio (horas/semana).
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón)
- **Educación estructurada** sobre alimentación, ejercicio físico, exposición solar moderada, mantenimiento de actividad intelectual y relaciones sociales, uso de la medicación y prevención de caídas.
- 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

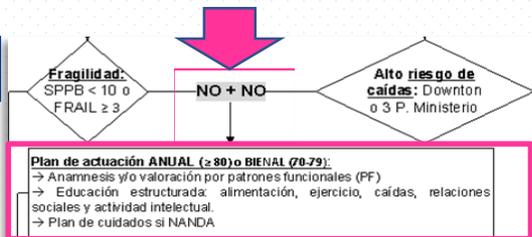
Excepción

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

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

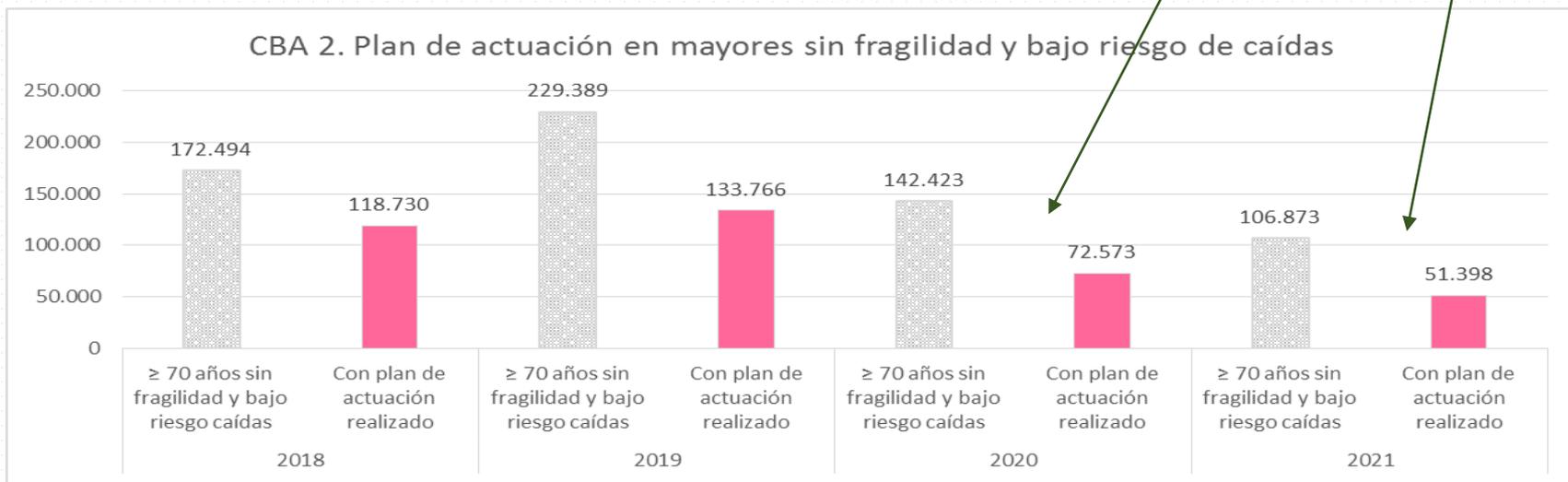


CBA 2



Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

Frecuencias absolutas



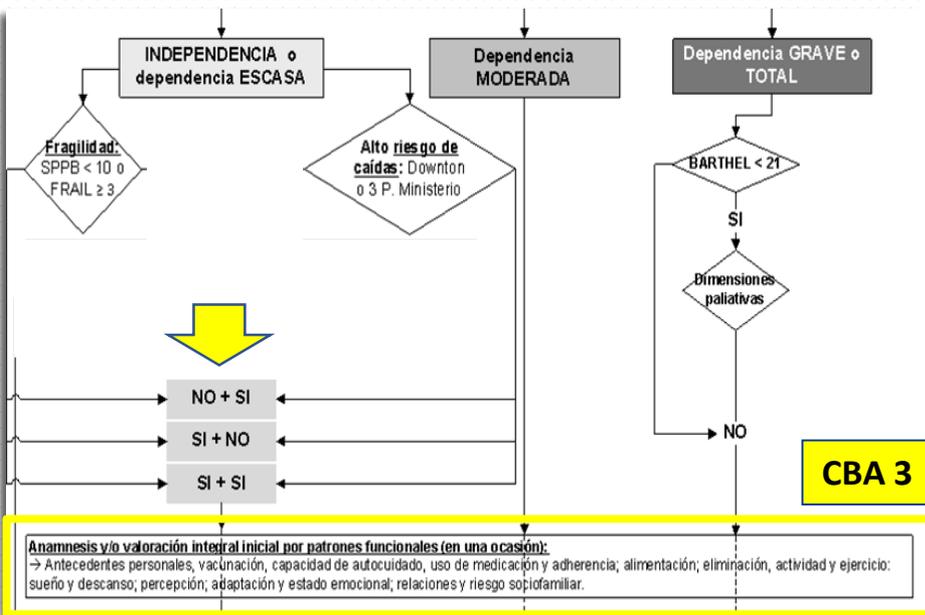
CBA 3: valoración integral inicial



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:
 - o **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.
 - o **Estado vacunal** (antigripal, antineumocócica y contra la COVID-19)
 - o **Capacidad de autocuidado.**
 - o **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.

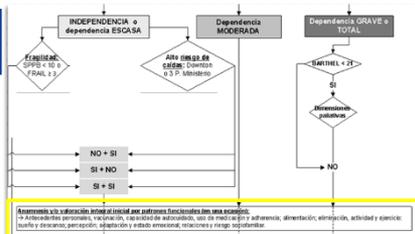
Excepción

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



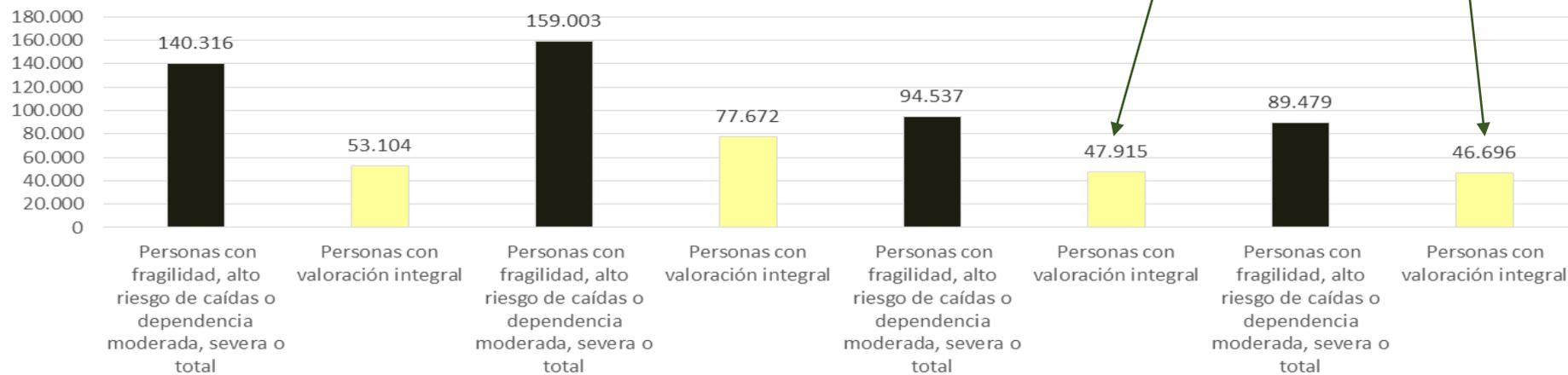
CBA 3



Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

Frecuencias absolutas

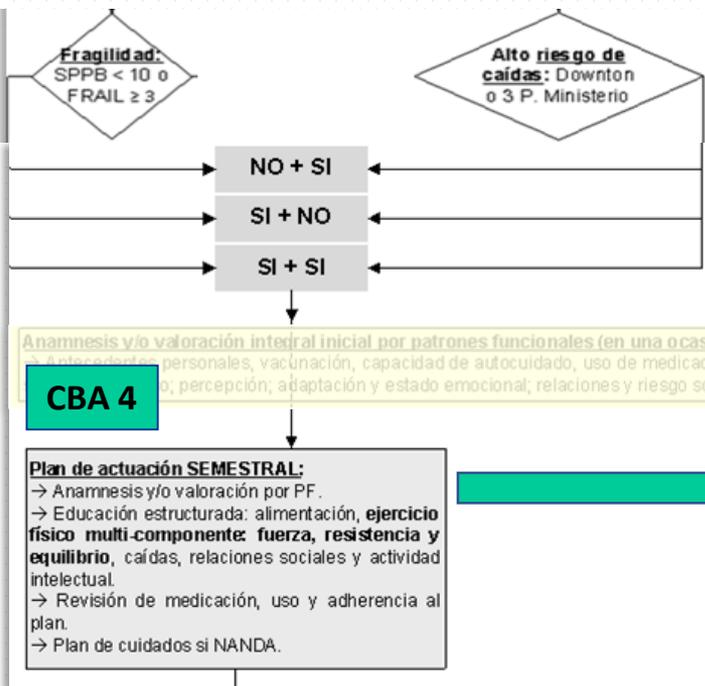
CBA 3. Valoración integral inicial



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	Caminar Pedalear	- 60-80% de la FCmax* (40-60% del VO2máx*) - 5-30 min/sesión - 3 días/semana
Aumento de masa muscular y fuerza	Pesos libres Máquinas de resistencia variable	- 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	Incluir ejercicios de la vida diaria (levantarse y sentarse, subir/bajar escaleras) Incluir ejercicios de potencia (a altas velocidades con pesos ligeros/moderados)	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	Estiramientos Yoqa/Pilates	- 10-15 min - 2-3 días/semana
Equilibrio	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 taichí modificados.	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/vidosEjercicios/adultos/home.htm>

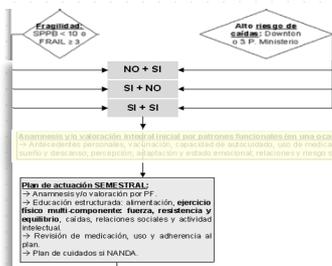
https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Folleto_Seguridad_Lesiones2.pdf

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

CBA 4: resultados

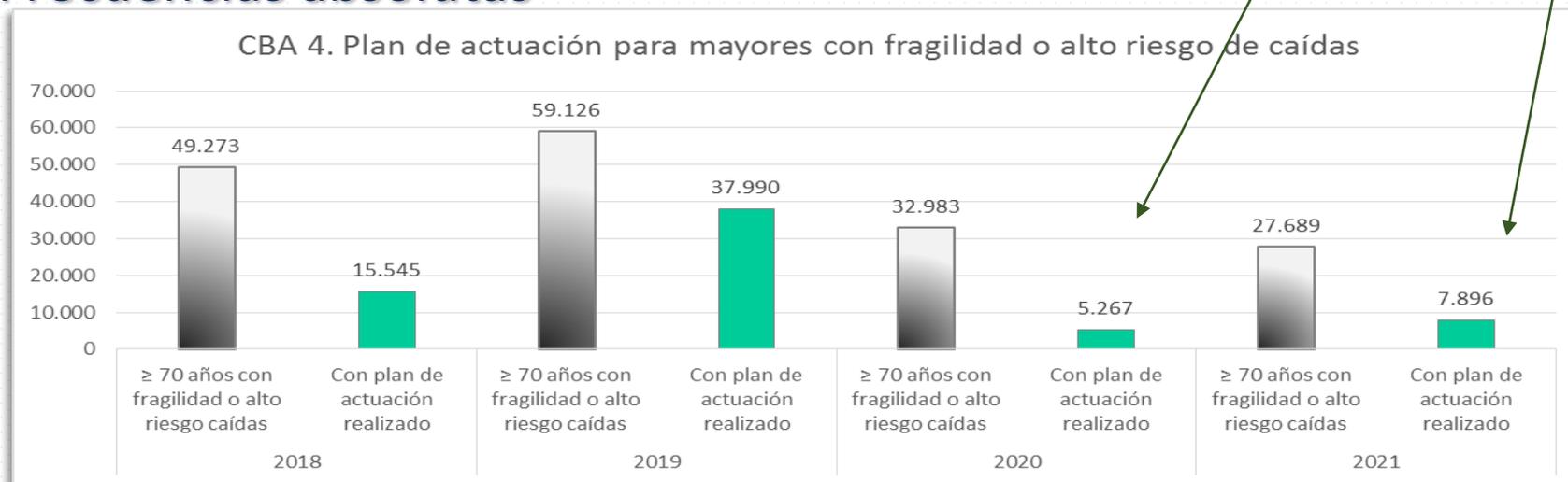


CBA 4



Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

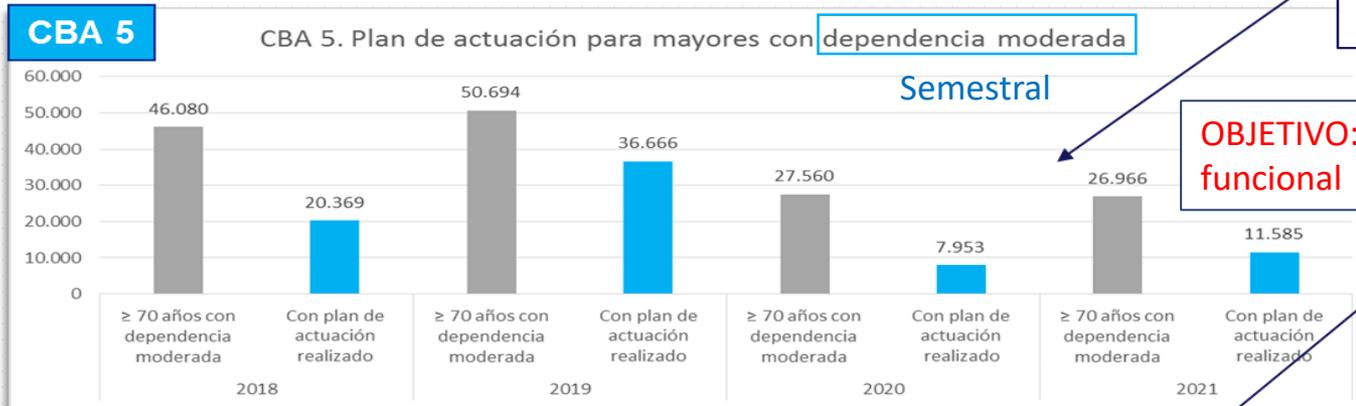
Frecuencias absolutas



Otros planes de actuación

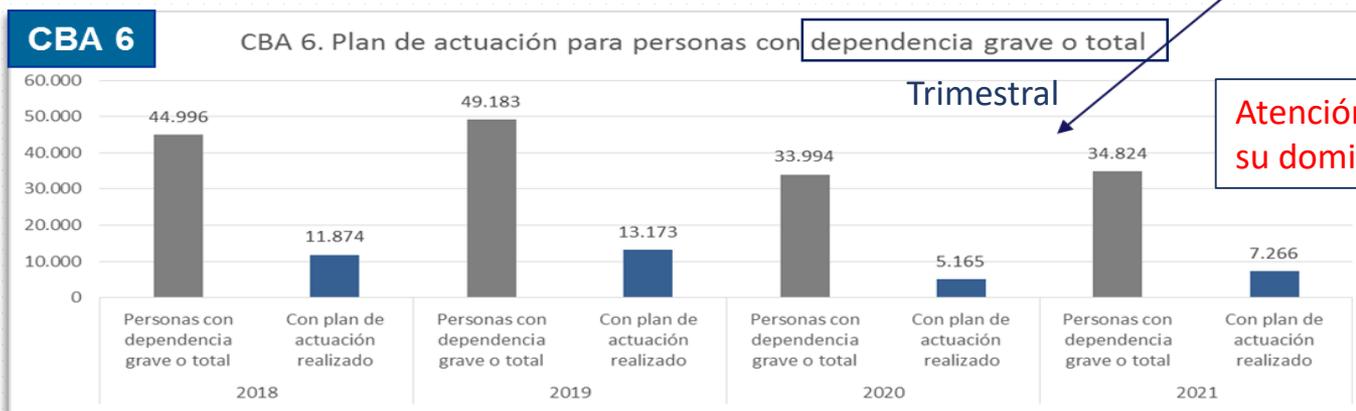


Frecuencias absolutas



Reorganización asistencial por motivo de la pandemia COVID-19

OBJETIVO: evitar que avance deterioro funcional



Atención a personas inmovilizadas en su domicilio

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

PERIODICIDAD ANUAL

COMPARACIÓN CON ESTÁNDARES

Resultados en informes de CSE de “eSOAP” nivel paciente



Madrid, 13 - Dec - 2022

SaludMadrid

PERIODICIDAD ANUAL

Pág. 3 / 134

Informe por paciente de Cartera de Servicios (Año 2021)

CENTRO 16071

SERVICIO 420 - Atención a la persona mayor, con fragilidad o con dete

CIPA	Edad	Sexo	CI		Exc CI		Criterios Buena Atención									CIAS		
			1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	FAC	ENF	
10	74	M	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							160	160
10	73	F	<input type="checkbox"/>														160	160
10	71	M	<input type="checkbox"/>														160	160
10	84	F	<input checked="" type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			160	160
10	82	F	<input type="checkbox"/>														160	160
10	92	F	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						160	160
10	87	F	<input type="checkbox"/>														160	160
10	79	F	<input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>								160	160
10	92	F	<input type="checkbox"/>														160	160
10	75	M	<input type="checkbox"/>														160	160
10	78	M	<input type="checkbox"/>														160	160
10	79	M	<input type="checkbox"/>														160	160
10	87	M	<input type="checkbox"/>														160	160
10	77	F	<input type="checkbox"/>														160	160
10	81	M	<input type="checkbox"/>														160	160
10	71	F	<input type="checkbox"/>														160	160
10	73	F	<input type="checkbox"/>														160	160
10	76	F	<input type="checkbox"/>														160	160

Aviso.- En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de datos, LOPD, le informamos que este informe ha sido solicitado por asistencia. Asimismo, será el responsable de la confidencialidad de la información que contiene, así

Cuadro de mando del mayor (CMM)



(Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria)

Selección de parámetros para informes de cuadros de mando

CUADROS DE MANDO DISPONIBLES

- COVID-19
- CUADRO MANDO DEL MAYOR**
- CUIDADOS ENFERMERIA
- ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
- FISIOTERAPIA
- HOSPITALIZACIONES
- POBLACION INFANTIL
- POLIMEDICADO
- PR. CRONICOS PRIORIZADOS
- PR.CRONICOS: N.INTERVENCION
- PREVECOLON
- SEGUIMIENTO INFORMES AL ALTA
- U. ESAPD
- U. MATRONAS
- U. SALUD BUCODENTAL

Seleccionar todos Modificar selección

Para selección individualizada, haga clic encima de la opción deseada

BLOQUES DE INFORMACIÓN

- Actividad
- Efectividad
- Planes de cuidados
- Población
- Programas asistenciales de CSE
- Vacunas
- Úlceras por presión

Los indicadores que se muestran en color azul disponen de información por hospital

Seleccionar todos Modificar selección

Para selección individualizada, haga clic encima de la opción deseada

INDICADOR

- 2.70.10 Personas >= 70 años institucionalizados
- 2.70.11 Frecuentación (MF) sobre población atendida
- 2.70.12 Frecuentación (ENF) sobre población atendida
- 5.70.30 Personas >=70 años con vacuna de la Gripe
- 5.70.32 Cobertura de atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional
- 5.70.39 Personas >=70 años encamados con prevención de úlceras por presión
- 9.70.09 Personas >=70 años con planes de cuidados
- 9.70.10 Personas >=70 años con planes de cuidados resueltos
- 9.70.11 Pac con cardiopatía isquémica en tratamiento con estatinas
- 9.70.12 Prev 2ª de enfermedad cardiovascular con antiagregantes
- 9.70.13 Control de la hipercolesterolemia en prev 2ª de cardiopatía isquémica
- 9.70.14 Adecuación del tratamiento de pac. diabéticos con nefropatía
- 9.70.15 Control del paciente hipertenso ajustado por edad
- 9.70.16 Control del paciente diabético ajustado por edad
- 9.70.17 Pac. crónicos con nivel de intervención asignado (>=70años)
- 9.70.18 % Pacientes crónicos en instituciones sociosanitarias con NI asignado (>=70años)
- 9.70.19 Pac. crónicos con NR alto y NI asignado (>=70años)

Desde 2019
PERIODICIDAD TRIMESTRAL

Cuadro de mando del mayor (CMM): fichas de evaluación



Consulta de indicador ✕

Indicador 5.70.39 - Personas >=70 años encamados con prevención de úlceras por presión **CPC** Indicador eSOAP

Información de PACTO suministrada por: No procede **Información de CIERRE suministrada por:** No procede

Grupo Planes de cuidados **Año creación** 2019 **Periodicidad** Trimestral **Tipo** Númérico

Cálculo (Numerador/Denominador) * tanto **Tanto** 100 **Evaluación** Sin definir (No procede) **Unidad** Personas

Numerador Pacientes >= 70 años encamados con valoración del riesgo de UPP según escala Norton

Denominador Num. Pacientes >= 70 años inmovilizados

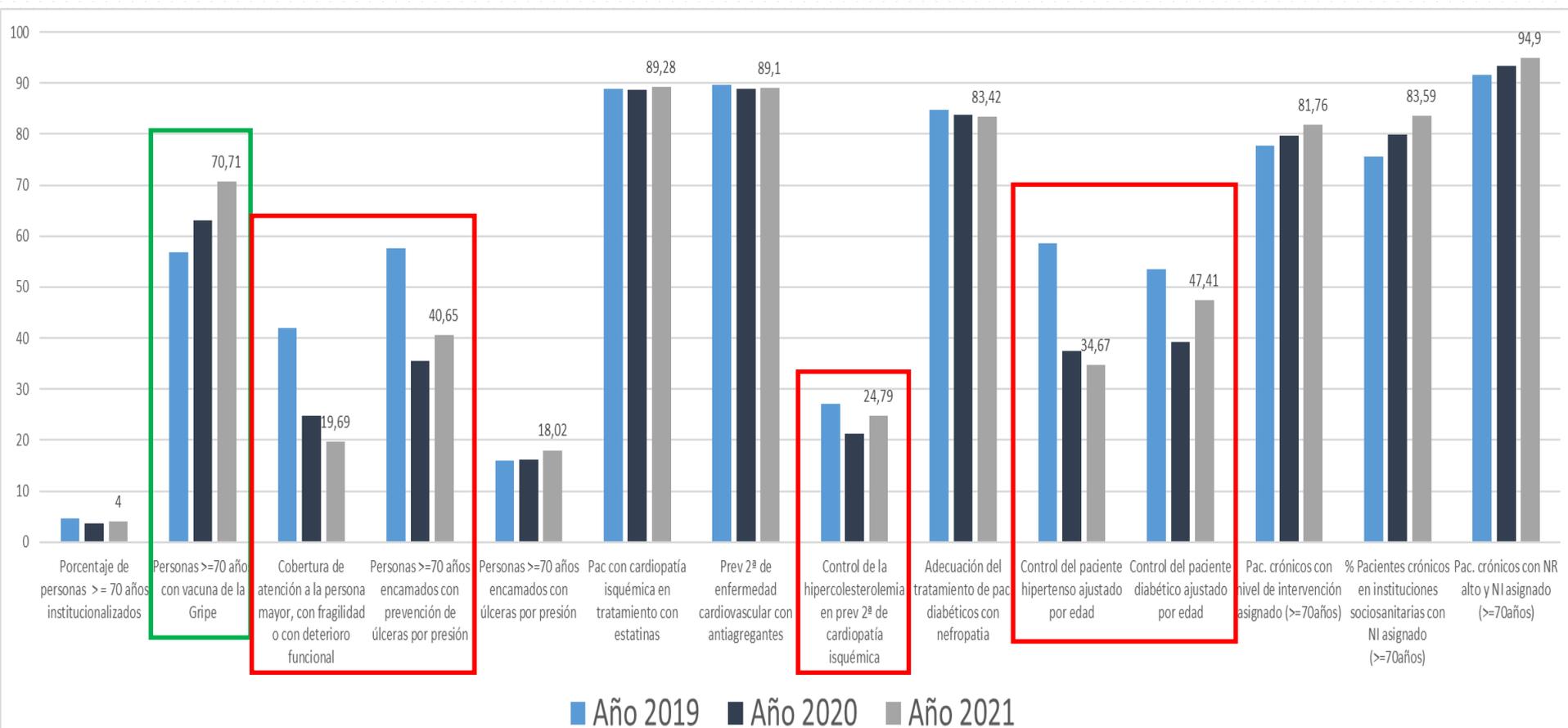
Aclaraciones _____

Fuente CS (Historia Clínica - Agenda) - eSOAP **Metodología** Generación y carga de ficheros d

Tipo de dato Decimal **Desde edad** 70 **Hasta edad** 120 **Sexo** Ambos

 [Ver aclaraciones](#)  [Salir](#)

Evolución de los indicadores del CMM



Resultados indicadores del CMM nivel paciente



Informe de indicadores de cuadro de mando

Madrid, 13 - Dec - 2022



Pág. 1 / 1

VALORES ALCANZADOS POR INDICADOR

CUADRO DE MANDO

CUADRO MANDO DEL MAYOR

Informes global por paciente

DIR.A SIST. CENTRO

CENTRO 160

CATEGORIA MEDICINA DE FAMILIA

CIAS 1602230106N

Sep - 2022

INDICADOR	NUM	DEN	VALOR
5.70.32 Cobertura de atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro	278	473	58,77

Programas asistenciales de CSE

1 registros seleccionados

Trimestral

Seleccione los pacientes a seleccionar en el listado

CUADRO DE MANDO: CUADRO MANDO DEL MAYOR

INDICADOR: 5.70.32 - Cobertura de atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional

Pacientes que SI cumplen criterio Pacientes que NO cumplen criterio Todos los pacientes Cancelar informe

Resultados indicadores del CMM nivel paciente



SaludMadrid

Madrid, 13 - Dec - 2022

Pág. 1 / 27

Pacientes incluidos en el indicador: 5.70.32 - Cobertura de atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional

AÑO 2022 **MES** Septiembre **FECHA DE CORTE** 00/09/2022
DIR.ASIST. CENTRO **CENTRO** 160: **CIAS** 160:

CIPA	Edad	Sexo	Fech.BARTH	Val. BARTH	CI 420 CSE	Pat.Cr.Pr	NIV.RIESGO	NIV.INTERV	FEC.INTERV
10	81	Mujer	10/06/2021	100	No		MEDIO	BAJO	20/01/2020
10	82	Hombre	29/09/2022	100	Si	2	MEDIO	BAJO	26/04/2022
10	85	Mujer	16/07/2021	100	No	3	BAJO	MEDIO	02/10/2019
10	72	Hombre			No	1	BAJO	BAJO	19/11/2019
10	101	Mujer	07/09/2022	10	Si	1	MEDIO	BAJO	30/09/2019
10	83	Hombre	04/05/2022	80	Si	3	ALTO	MEDIO	14/02/2017
10	86	Mujer	20/05/2022	60	Si	1	BAJO	ALTO	05/07/2019
10	92	Mujer			No	1	ALTO	MEDIO	03/12/2019
10	88	Mujer	21/06/2022	65	Si	2	BAJO	BAJO	11/09/2019
10	82	Mujer			No		MEDIO	BAJO	20/11/2019
10	73	Hombre	20/09/2022	100	Si		BAJO	PROM.SALUD	04/11/2019
10	94	Mujer	28/03/2022	100	Si	2	BAJO	BAJO	20/11/2019
10	73	Mujer			No	1	BAJO	BAJO	05/05/2021
10	81	Hombre			No	2	MEDIO	BAJO	13/09/2019
10	71	Mujer	24/05/2022	100	Si	1	BAJO	BAJO	24/05/2022
10	82	Hombre			No	2	MEDIO	BAJO	05/12/2019
10	77	Mujer	29/09/2022	100	Si	1	BAJO	BAJO	07/11/2019
10	71	Hombre	26/09/2022	5	Si		MEDIO	MEDIO	10/09/2019

Conclusiones



- Hasta 2019 los resultados muestran un aumento significativo de la actividad relacionada con la fragilidad
- 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
- **Desde marzo 2022**, la Gerencia de AP ha puesto en marcha un **plan de mejora**

Plan de mejora: OBJETIVO Y ACCIONES



Reactivar la atención:

- Cribado de capacidad funcional **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
 - Potenciar captación activa: listados de personas mayores con su situación de cribado a profesionales asistenciales con documento de instrucciones
 - Revisión y ampliación del CMM
 - Revisión y actualización de formularios de registro de la HCE, para adaptarlos a las intervenciones específicas del servicio
 - Diseño de Intervenciones Comunitarias y de EpS para personas mayores

Plan de mejora: priorización de indicadores y METAS



- Los indicadores de CSE seleccionados alcanzarán el estándar mínimo a 31 de diciembre de 2022

INDICADOR	MÍNIMO
Indicador cobertura (Índice de Barthel)	40
CBA 1. Cribado de fragilidad y riesgo de caídas	49
CBA 2. Plan de actuación mayor	50
CBA 3. Valoración integral inicial	54
CBA 4. Plan de actuación: fragilidad	36
CBA 5. Plan de actuación: dependencia moderada	39
CBA 6. Plan de actuación: dependencia grave o total	33
CBA 7. Plan social sanitario	

- Los indicadores del CMM alcanzarán el resultado de la CM del año 2019, a 31 de diciembre de 2022

CÓDIGO	INDICADOR	META
5.70.39	Personas \geq 70 años encamados con prevención de úlceras por presión	\geq 57,6
9.70.09	Personas \geq 70 años con planes de cuidados	\geq 8,1 (dato 2021)
9.70.15	Control del paciente hipertenso ajustado por edad	\geq 58,7
9.70.16	Control del paciente diabético ajustado por edad	\geq 53,5

Plan de mejora: elaboración y envío de 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: revisión y ampliación del CMM



ANTES

Seleccionar todos Modificar selección

Para selección individualizada, haga clic encima de la opción deseada

BLOQUES DE INFORMACIÓN
Actividad
Efectividad
Planes de cuidados
Población
Programas asistenciales de CSE
Vacunas
Úlceras por presión

Seleccionar todos Modificar selección

Para selección individualizada, haga clic encima de la opción deseada

INDICADOR
5.70.32 Cobertura de atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional



DESPUÉS

Seleccionar todos Modificar selección

Para selección individualizada, haga clic encima de la opción deseada

BLOQUES DE INFORMACIÓN
1 - Población / Estratificación
2 - Actividad
3 - Procesos asistenciales CSE
4 - Planes de cuidados
5 - Efectividad
6 - Úlceras por presión

Seleccionar todos Modificar selección

Para selección individualizada, haga clic encima de la opción deseada

INDICADOR
5.70.41 Personas >= 70 años con cribado de capacidad funcional (Índice de Barthel)
5.70.42 Personas >= 70 años con cribado de fragilidad y riesgo de caídas
5.70.43 Personas >= 70 años con fragilidad o con alto riesgo de caídas y plan asistencial s
5.70.44 Personas >= 70 años con dependencia moderada y plan asistencial semestral
5.70.45 Personas >= 70 años sin fragilidad y bajo riesgo de caídas, con plan asistencial rea

COB
CBA 1
CBA 4
CBA 5
CBA 2

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) Nº 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: Alto riesgo de alteración (04/11/2015)

NUTRICIONAL - METABÓLICO

Nº de Comidas: Ingesta de líquidos (ml):

Consumo de frutas: 1 vez día (09/01/2020) Consumo de verduras: 1 vez día (09/01/2020)

Consumo de azúcar: 1 vez mes (09/01/2020) Consumo de grasas saturadas: 1 vez semana (09/01/2020)

Consumo de lácteos: 2 o más veces día (09/01/2020) Consumo alim. ricos en Vit. D: Sí No

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

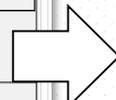
Exposición solar: Mini Nutritional Assessment-SF: Escala de Norton:

Estado de la dentición: Adecuado (09/01/2020) Inapetencia: Sí No

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

Comentarios al patrón:

Resultado del patrón: Patrón eficaz (19/01/2017)



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

Nº 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 Probl. Masticación: Sí No Probl. Deglución: Sí No

Plan de mejora: Intervenciones Comunitarias y EpS grupal



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Educación para la salud



Consulta de Biblioteca

Proyecto "EJERCICIO FÍSICO PARA LA PREVENCIÓN DE FRAGILIDAD Y CAIDAS EN PERSONAS MAYORES."



Imprimir

Volver

Fecha de inclusión en Biblioteca: 27/10/2022

Ubicación: Biblioteca de la Comunidad de Madrid

Vigente: Sí

Procedencia: COMUNIDAD DE MADRID

Nivel de validación: VALIDADO

Material educativo:

- Criterios de inclusión. Captación.zip
- DOCUMENTOS DE APOYO Y BIBLIOGRAFIA.zip
- Ejercicio físico para la prevención de fragilidad y caídas en personas mayores.pdf
- SESIÓN 1.zip
- SESIÓN 2.zip
- SESIÓN 3.zip
- SESIÓN 4.zip
- SESIÓN 5.zip
- SESIÓN 6.zip

IC "CONMEMORACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD "

Imprimir

Fecha de inclusión en Biblioteca: 15/09/2022

Ubicación: Biblioteca de la Comunidad de Madrid



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

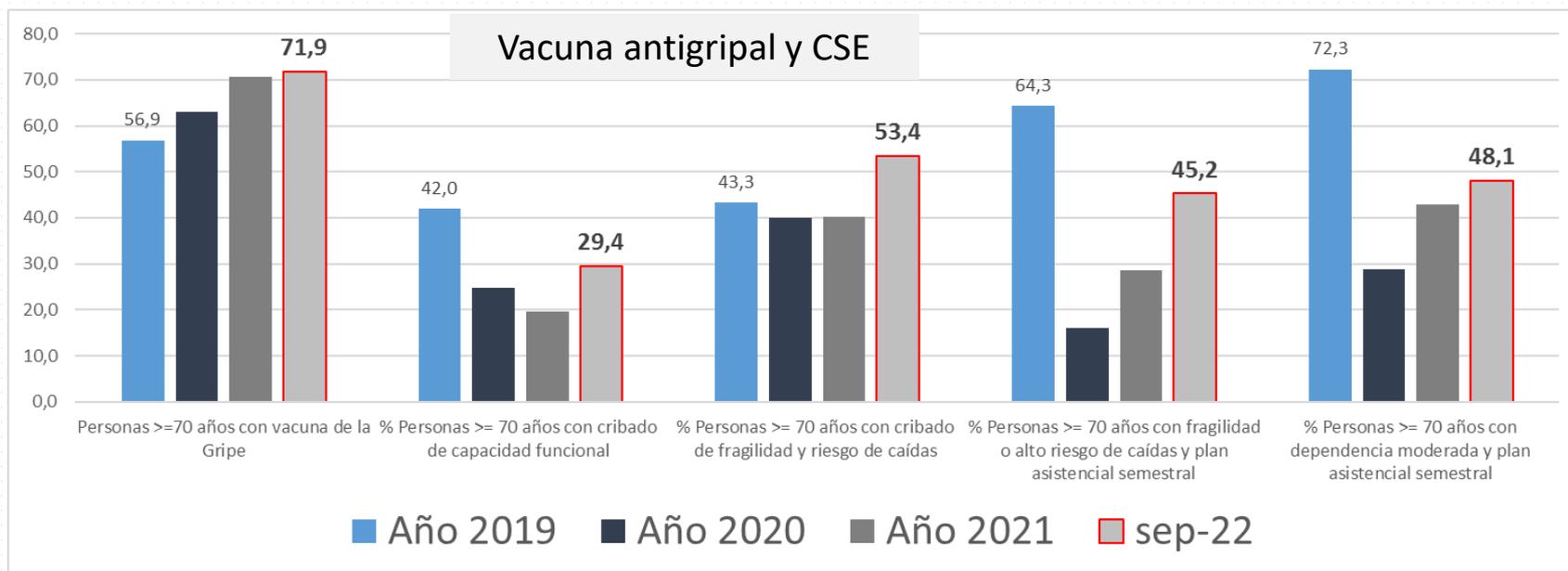


MINISTERIO
DE SANIDAD

Plan de mejora: RESULTADOS indicadores CMM



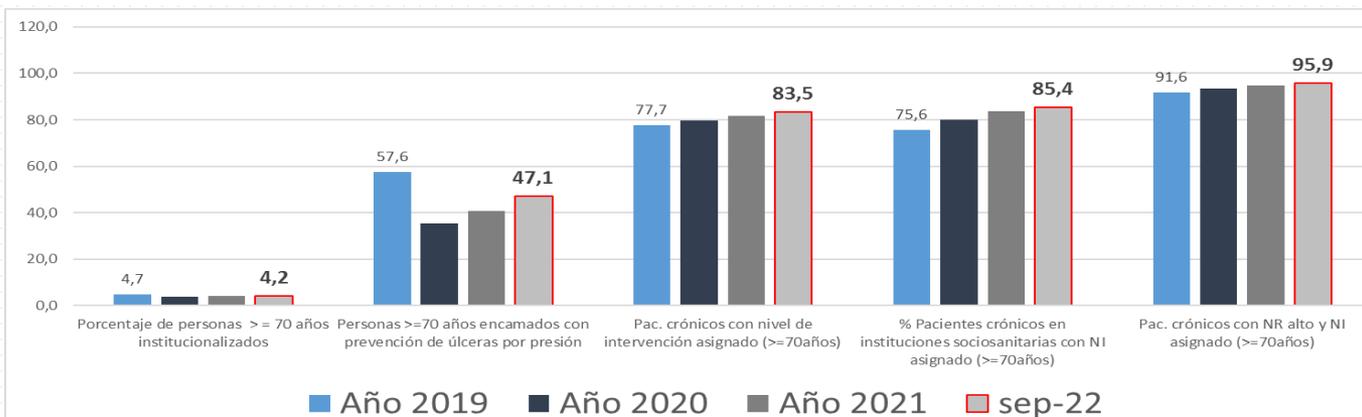
Todos los indicadores monitorizados mejoraron su resultado respecto a 2021



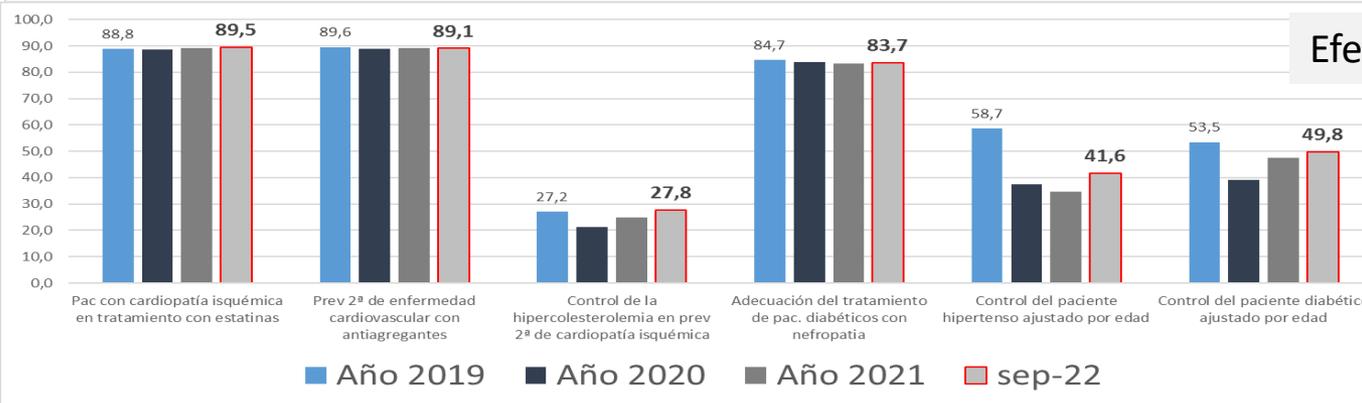
Plan de mejora: RESULTADOS indicadores CMM



Todos los indicadores monitorizados mejoraron su resultado respecto a 2021



Institucionalizados, nivel de intervención (NI) y UPP

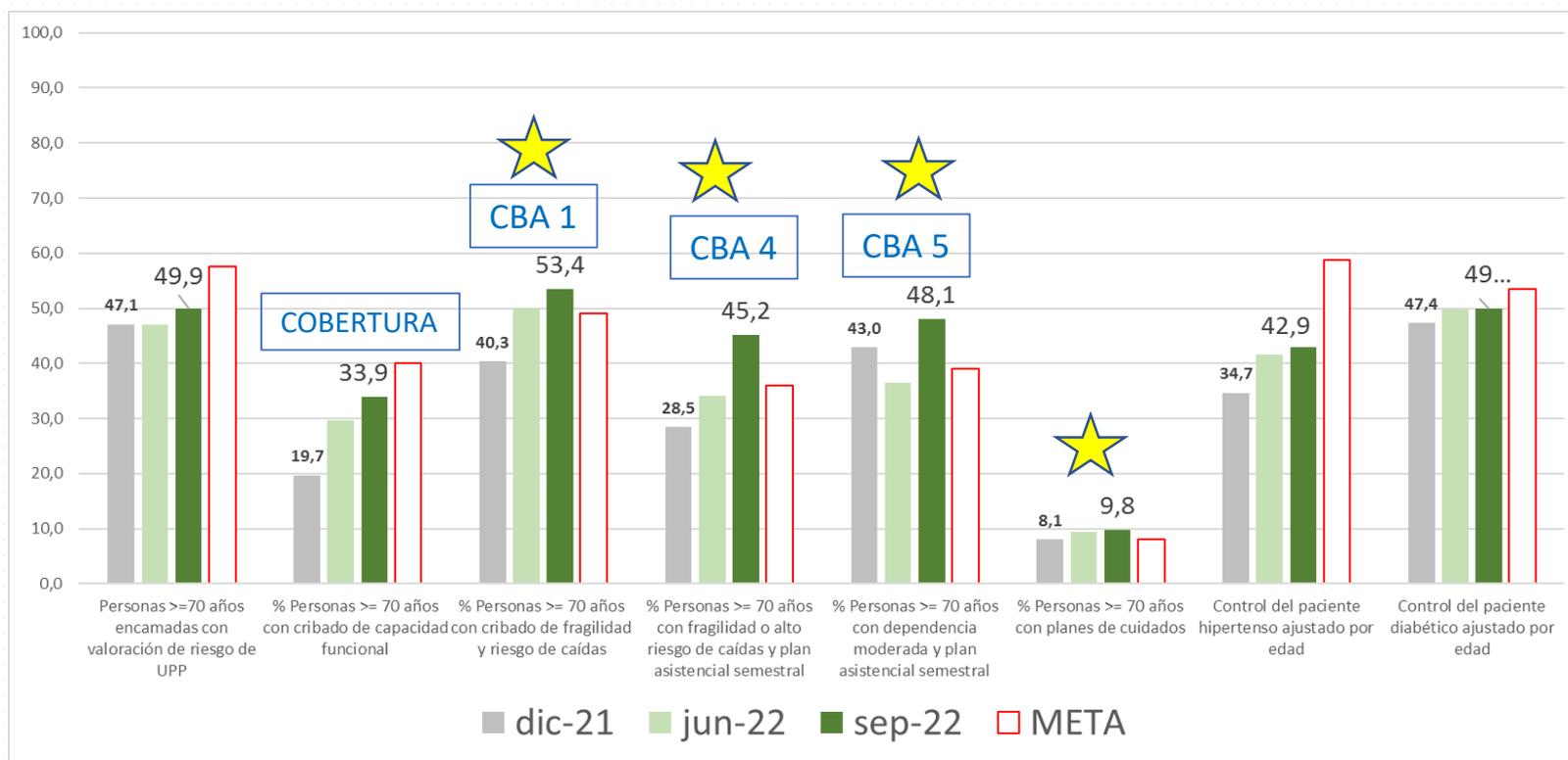


Efectividad y adecuación TTO

Plan de mejora: RESULTADOS indicadores prioritizados



Algunos incluso **superando la meta**

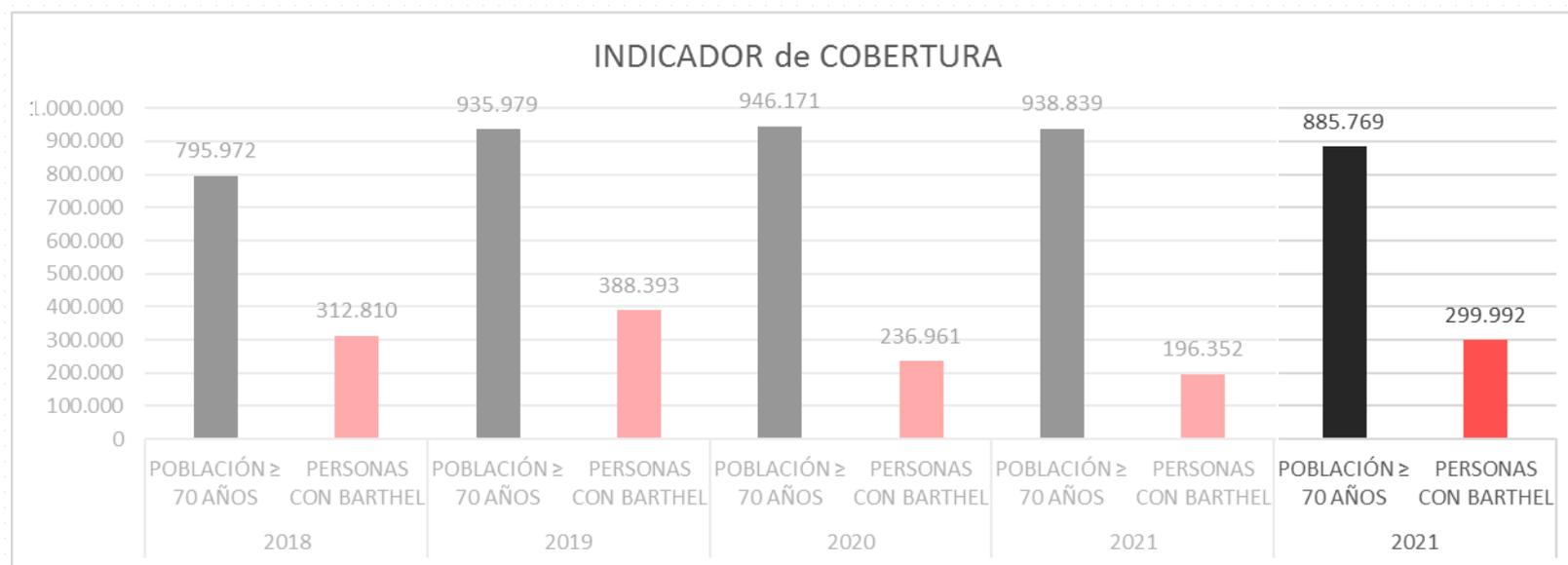


Plan de mejora: resultado

COBERTURA S^o 420



Frecuencias absolutas

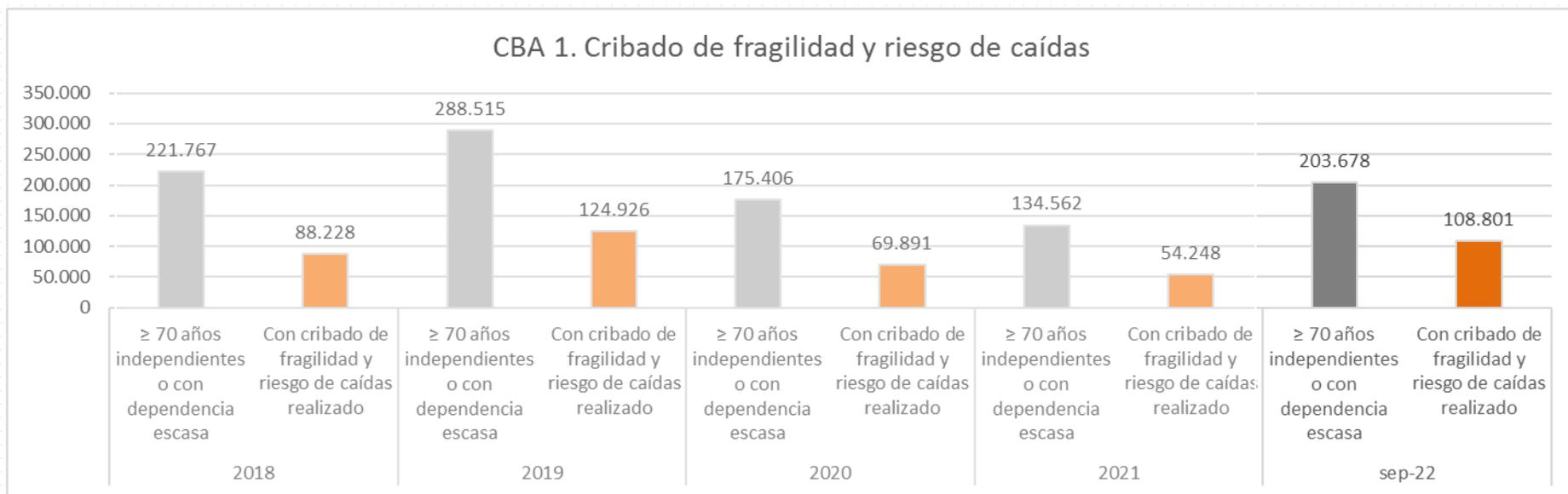


Faltan 89.000 personas

Plan de mejora: resultado CBA 1 S^o 420



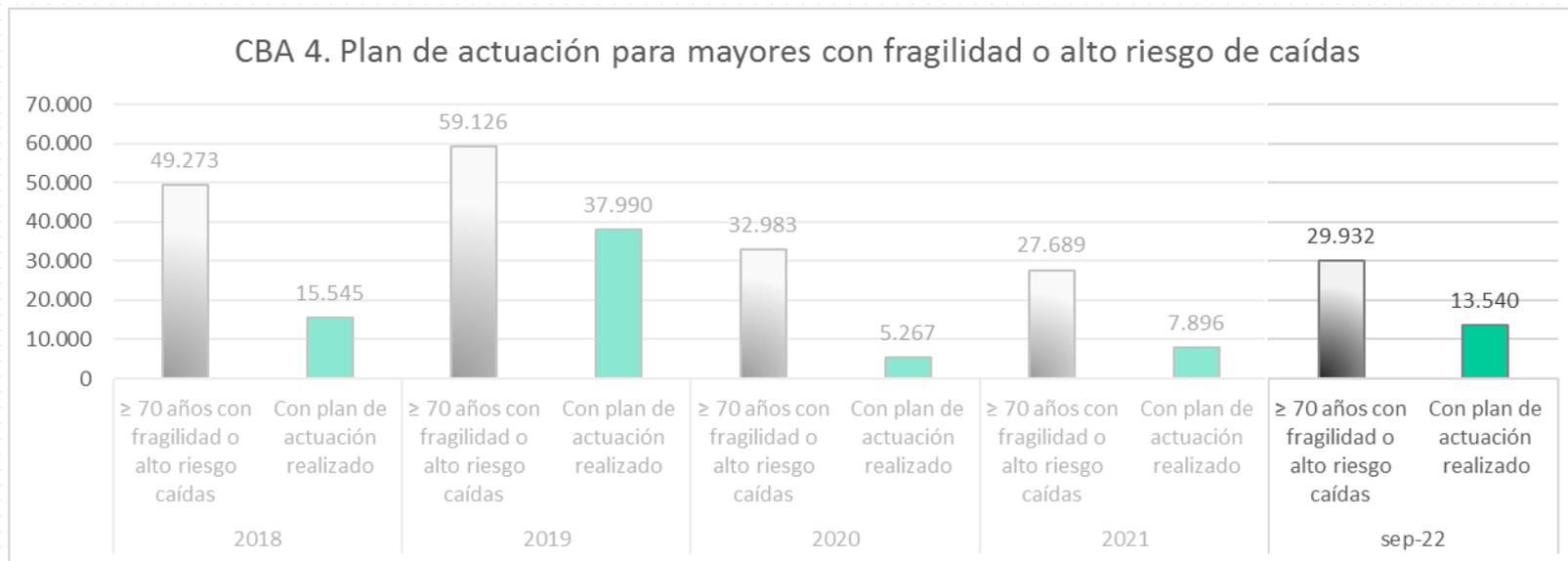
Frecuencias absolutas



Plan de mejora: resultado CBA 4 Sº 420



Frecuencias absolutas

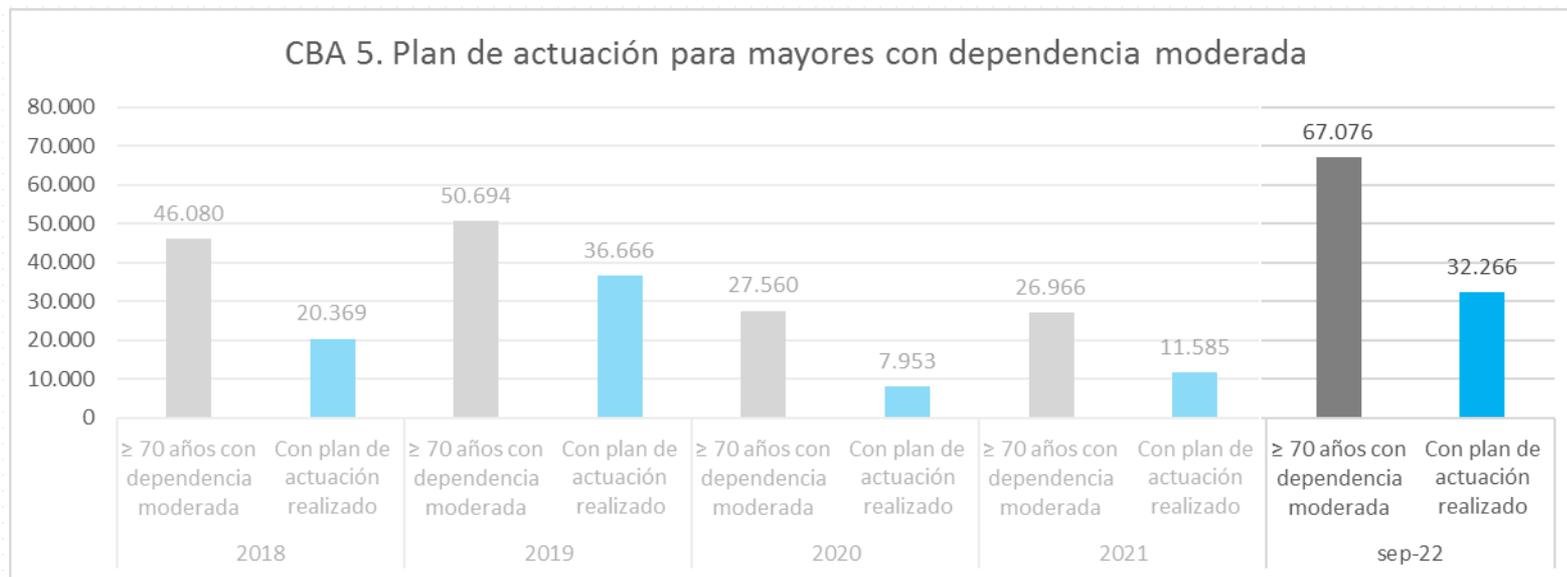


Menos fragilidad

Plan de mejora: resultado CBA 5 S^o 420



Frecuencias absolutas



Más dependencia moderada

Próximos pasos



- Seguir trabajando para mejorar los resultados y la **atención prestada a los mayores**
- ENERO – JUNIO 2023 → revisión y **actualización del Servicio 420** → Documento de Consenso del Ministerio 2022. Probable formación de **grupo de trabajo**
- En 2º semestre de 2023 **editaremos la 8ª versión de la Cartera** con estos y otros cambios

Propuesta de actualización del Sº 420



BORRADOR: pendiente de consenso, validación y aprobación

- Cambio de periodicidad cribado
- Revisión Índice Barthel y su 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 S^o 420



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 ⁽¹⁶⁾
Evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	Lawton y Brody ⁽²⁰⁾ ; VIDA ⁽²⁸⁾ El seguimiento-monitorización en AP puede detectar aquellas personas con deterioro funcional precoz e incipiente.
Valoración de actividad física	Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) ⁽¹⁶⁾ ; Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) ⁽²⁹⁾
Pruebas de ejecución complementarias a las realizadas previamente	VM ⁽²⁵⁾ ; SPPB ⁽²⁶⁾ ; TUG ⁽²⁶⁾
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 multimorbilidad	Contaje de enfermedades; Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾
Síndromes Geriátricos: Incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, síndrome confusional agudo, alteraciones de la marcha, inestabilidad	



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:
 - o Antecedentes personales de enfermedades crónicas (IC, IAM, IRC, DM, obesidad, VIH, cáncer, ACV, EPOC, enfermedad osteoarticular, Parkinson, demencias...), **sarcopenia**, intervenciones quirúrgicas y hospitalización.
 - o **Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.**
 - o Estado vacunal: antigripal, antineumocócica, **antitetánica** y contra la COVID-19.
 - o Capacidad de autocuidado.
 - o 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: n^o 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

- o 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.
- o 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.

CBA 3. Valoración integral inicial:

- Sospecha de fragilidad
- FRAIL ≥ 1
- Ampliación ítems



Muchas gracias por su atención

marianela.bayon@salud.madrid.org

