



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 115 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 420: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL

INDICADOR de COBERTURA

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

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.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

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 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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 116 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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 3

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

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

Aclaración

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

Excepción

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

CBA 4



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 117 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) con cribado de fragilidad positivo (SPPB < 10 o FRAIL \geq 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 \leq 7 para mujeres, y \leq 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 benzodiazepinas, 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 \geq 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 5

Las personas con dependencia moderada (Barthel entre 61 y 90) 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 9. Índice de Barthel), 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 sobre alimentación, realización de ejercicio físico, prevención de caídas y uso de ayudas para la movilidad.
- Revisión del tratamiento pautado (incluyendo utilización de benzodiazepinas, 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 \geq 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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 118 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 6

Las personas con dependencia grave (Barthel entre 21 y 60) o total (Barthel menor de 21) tendrán realizado un plan de actuación trimestral que incluya:

- Anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:
 - Percepción mantenimiento: capacidad de autocuidado.
 - Nutricional metabólico: riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF) y riesgo de úlceras por presión (Anexo 43. Escala de Norton)
 - Eliminación: hábito intestinal e incontinencias.
 - Actividad – ejercicio: capacidad funcional (Anexo 9. Índice de Barthel), riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton) y riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).
 - Sueño-descanso: nº horas/día, ritmo de sueño, efecto reparador, insomnio.
 - Cognitivo - perceptivo: presencia de dolor e intensidad (Anexo 18. Escala visual analógica).
- Educación estructurada sobre alimentación, uso de ayudas para la movilidad, prevención de caídas y úlceras por presión.
- Derivación para diagnóstico social sanitario.
- Revisión del tratamiento pautado (incluyendo utilización de benzodiazepinas, neurolépticos, antihistamínicos, vasodilatadores y opioides), uso adecuado del medicamento y adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

- Si Barthel menor de 21 no se repetirá la valoración de la capacidad funcional y se valorarán dimensiones paliativas y la inclusión en el Servicio 502 de Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos.
- La valoración del riesgo de úlceras por presión se realizará en personas encamadas o con Barthel < 21.
- La derivación para el diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud, se realizará al menos en una ocasión.
- Los contactos telefónicos se realizarán al menos una vez al mes.
- La visita domiciliaria incluirá al menos en una ocasión la valoración de riesgos en el domicilio.
- La identificación del cuidador principal y el test de Zarit reducido se realizarán anualmente, salvo que se produzcan cambios en la persona que desempeña el rol. Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 119 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 7

Las personas que presenten dependencia grave o total (Índice de Barthel ≤ 60) o riesgo sociofamiliar (Escala Gijón ≥ 10) tendrán realizado un plan de actuación social sanitario anual, que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. escala Gijón), conflictividad en las relaciones familiares, identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial
- Un diagnóstico social sanitario
- Alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias.

Aclaraciones

- Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.
- Los contactos telefónicos se realizarán al menos semestralmente.
- Las visitas domiciliarias se realizarán al menos en una ocasión y su periodicidad vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada

Aclaraciones generales

- La revisión del tratamiento pautado y el uso adecuado de la medicación en las personas mayores, estará dirigida especialmente al uso de herramientas para la deprescripción de medicamentos (Beers 2019, STOPP-START, LESS-CHRON, etc.) y a la monitorización de los posibles efectos tras su retirada.
- Si no es posible obtener el IMC se puede sustituir por la circunferencia de la pantorrilla para el MNA_SF.
- El consejo sobre ejercicio físico incluirá la indicación de su realización en domicilio en el caso de no poder acceder a otro entorno. Se ofertará el uso de recursos de fácil acceso a través de páginas web y/o material escrito:
 - <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/videosEjercicios/adultos/home.htm>
 - https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Folleto_Seguridad_Lesiones2.pdf
 - <http://vivifrail.com/es/inicio/>
 - <http://vivifrail.com/wp-content/uploads/2019/11/VIVIFRAILESP-Interactivo.pdf>
- El consejo sobre el uso de ayudas para la movilidad irá encaminado a facilitar instrucciones apropiadas y realizar un entrenamiento adecuado antes de su uso, y a reforzar su adherencia durante el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y de los objetivos pactados con el paciente y, como mínimo, será la que se determina en el CBA correspondiente.