



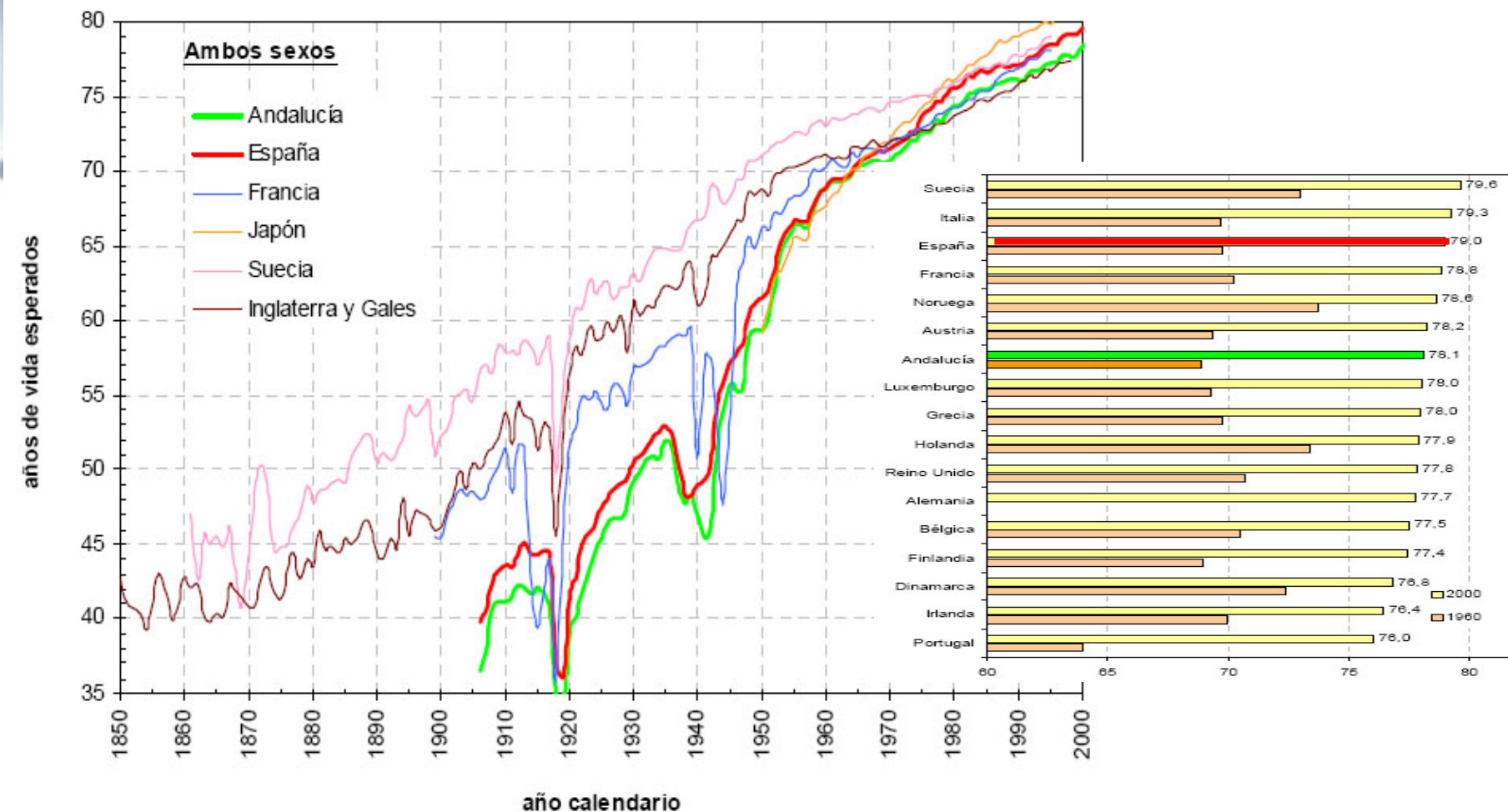
Dr. Manuel Ollero Baturone. Internista

Unidad Clínica de Atención Médica Integral.



***Nuevos retos en atención integral al Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada.
Continuidad asistencial.***

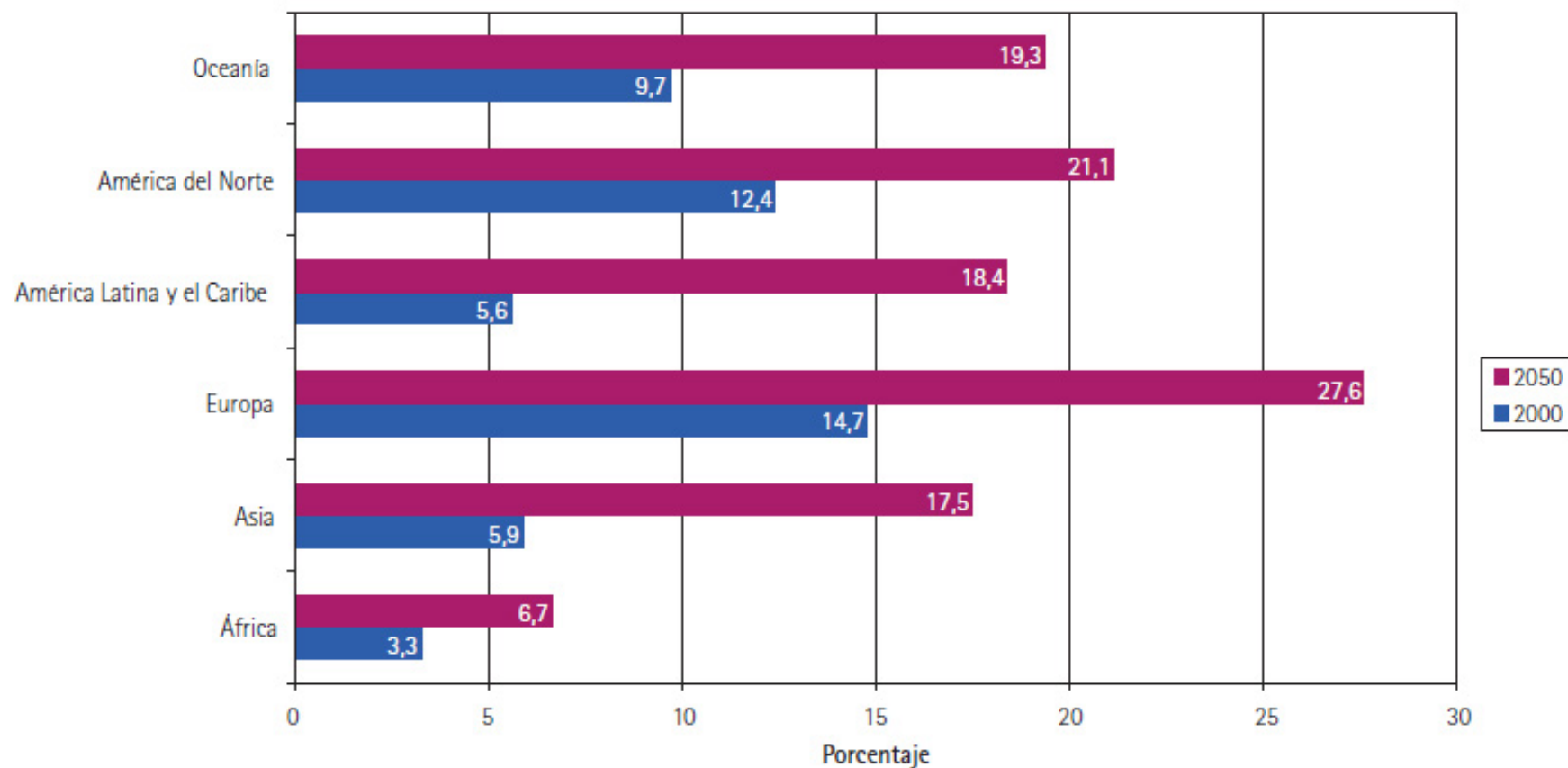
Tarragona 16 de octubre de 2009



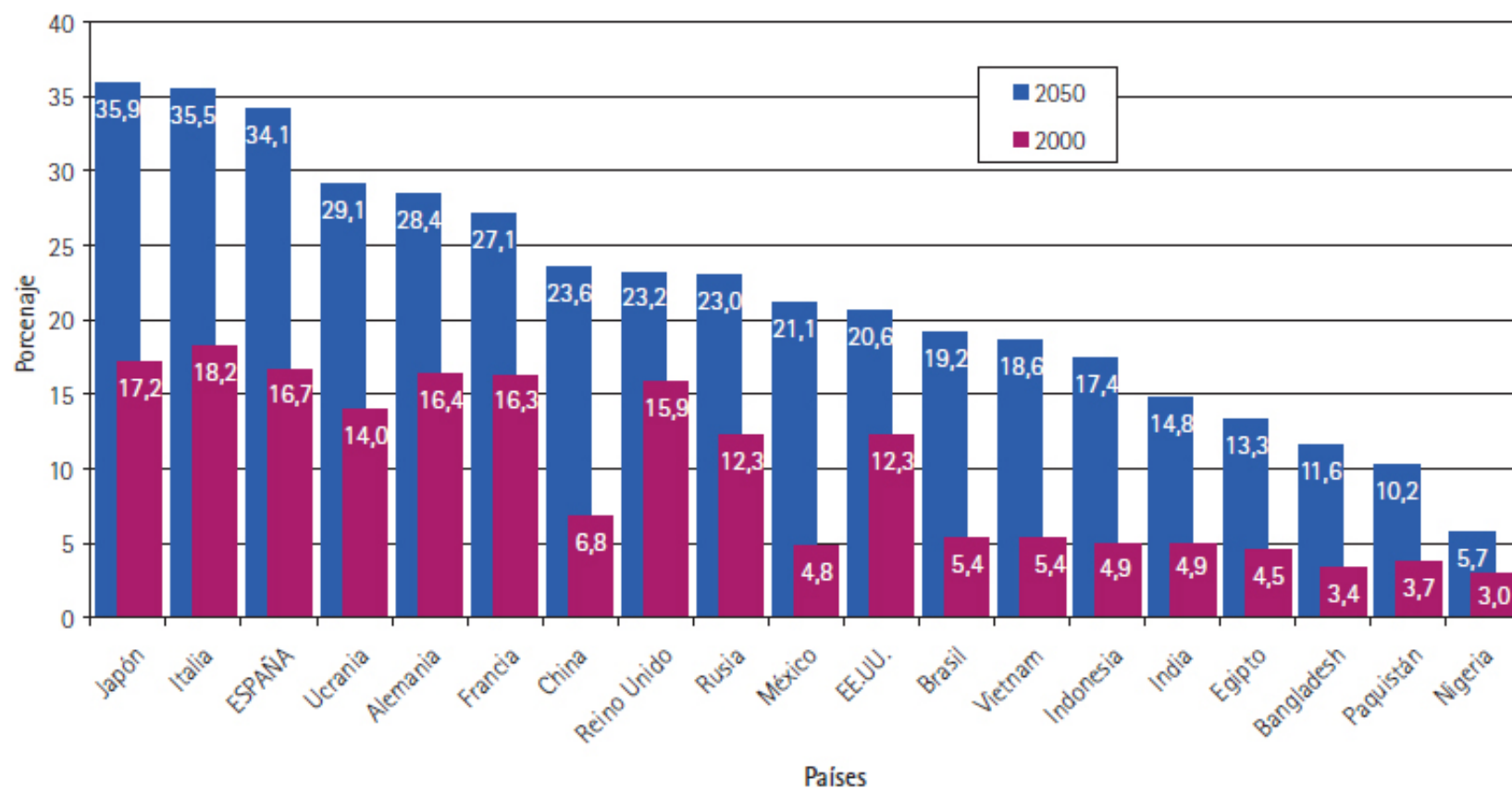
Evolución de la esperanza de vida al nacimiento en Andalucía, España, Francia, Japón, Suecia e Inglaterra y Gales

Esperanza de vida al nacimiento en los países de la Unión Europea y Andalucía. Años 1960 y 2000

Porcentaje de población de 65 y más años por regiones, 1900 y 2050

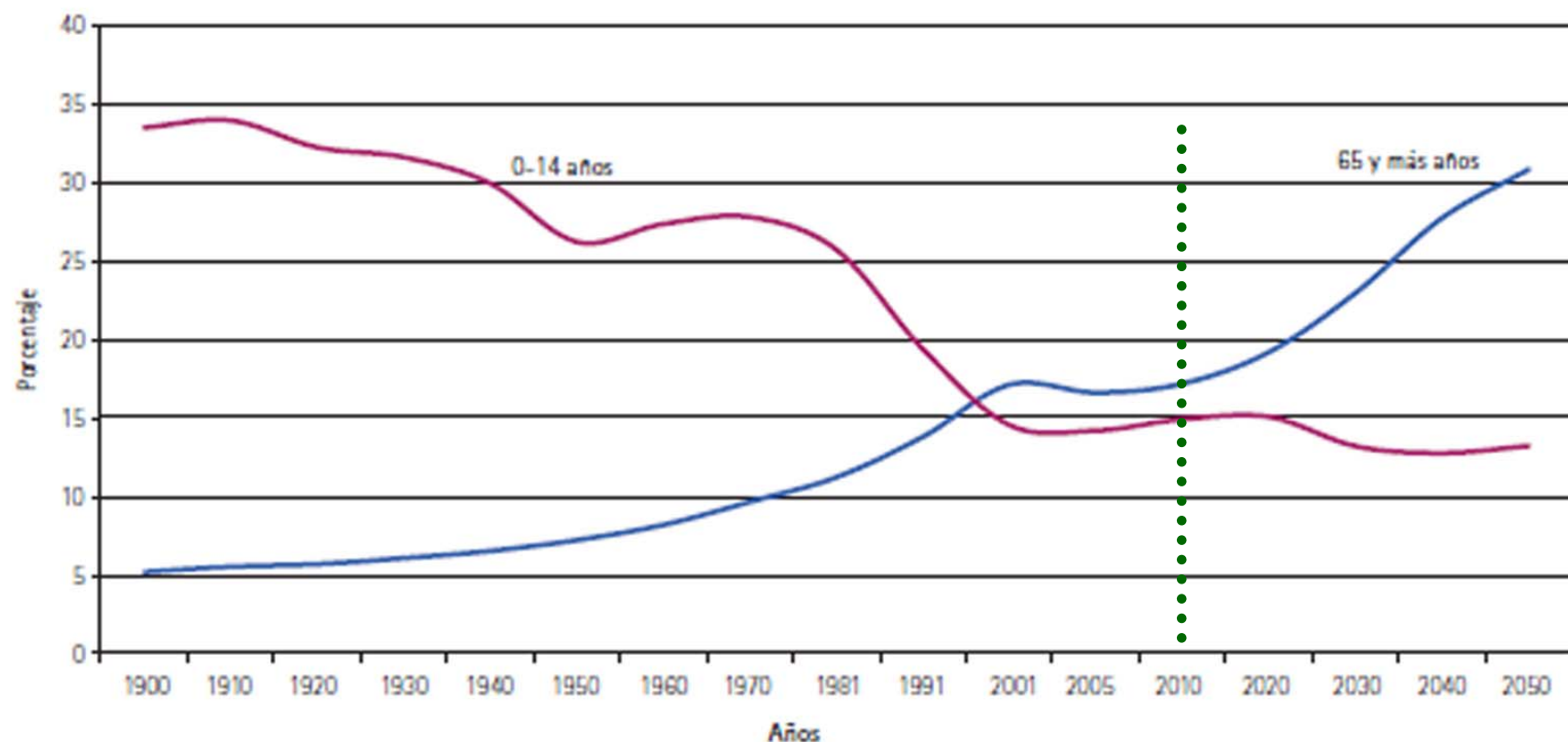


Países con mayor envejecimiento. Población de 65 y más años, 2000 y 2050



Fuente: N.U.: *World Population Prospects: The 2004 Revision*. N.U., consulta en julio de 2006.

Inversión de la tendencia demográfica, 1900-2050



* De 1900 a 2005 los datos son reales; de 2010 a 2050 se trata de proyecciones; desde 1970, población de derecho.

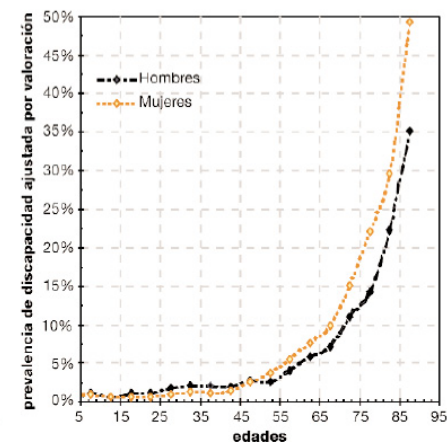
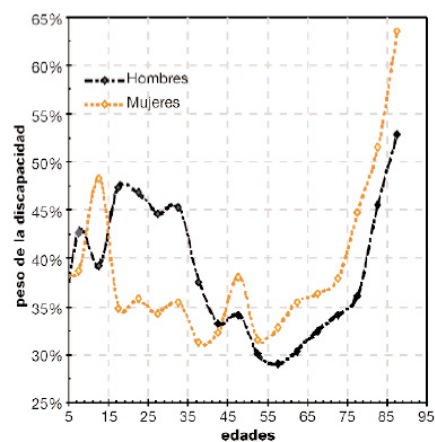
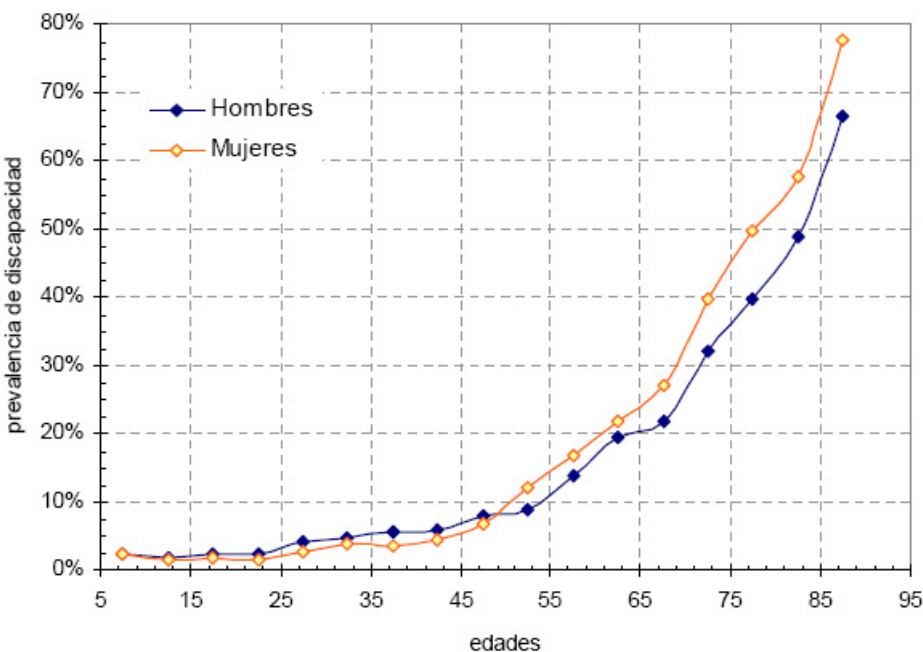
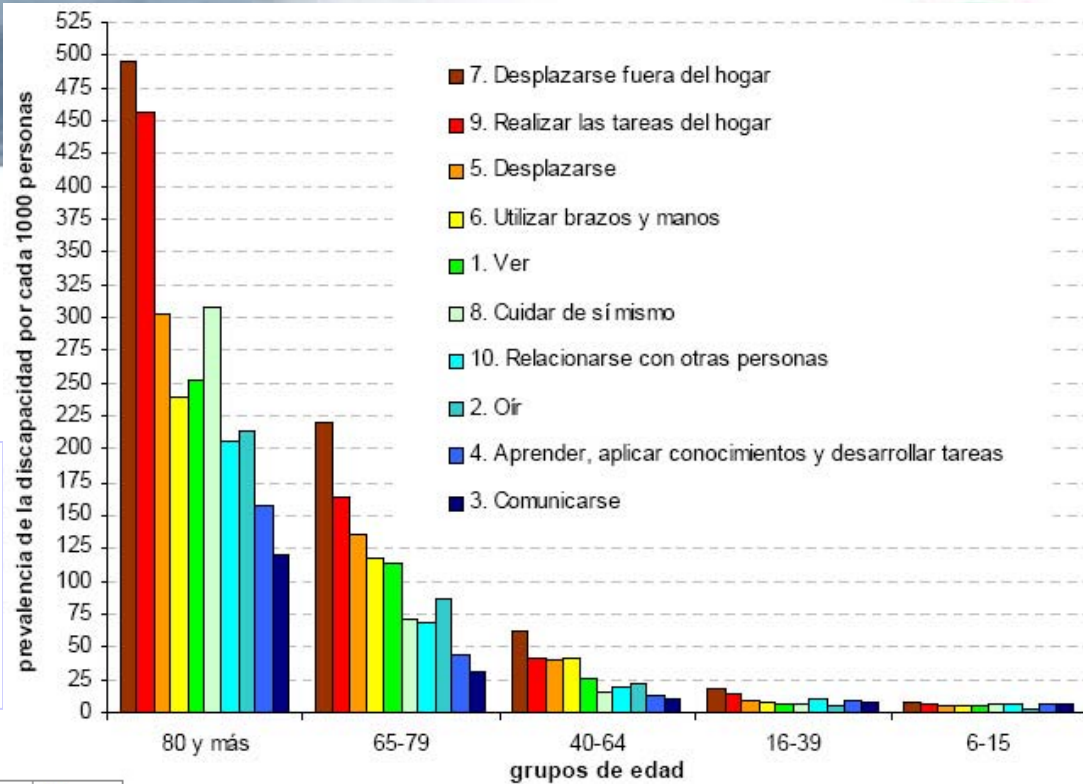
Fuente: 1900-1991: INE: INEBASE: *Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991*. INE, consulta en junio de 2006.

2001-2005: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005*. INE, consulta en junio de 2006.

2010-2050: INE: INEBASE: *Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1*. INE, consulta en junio de 2006.

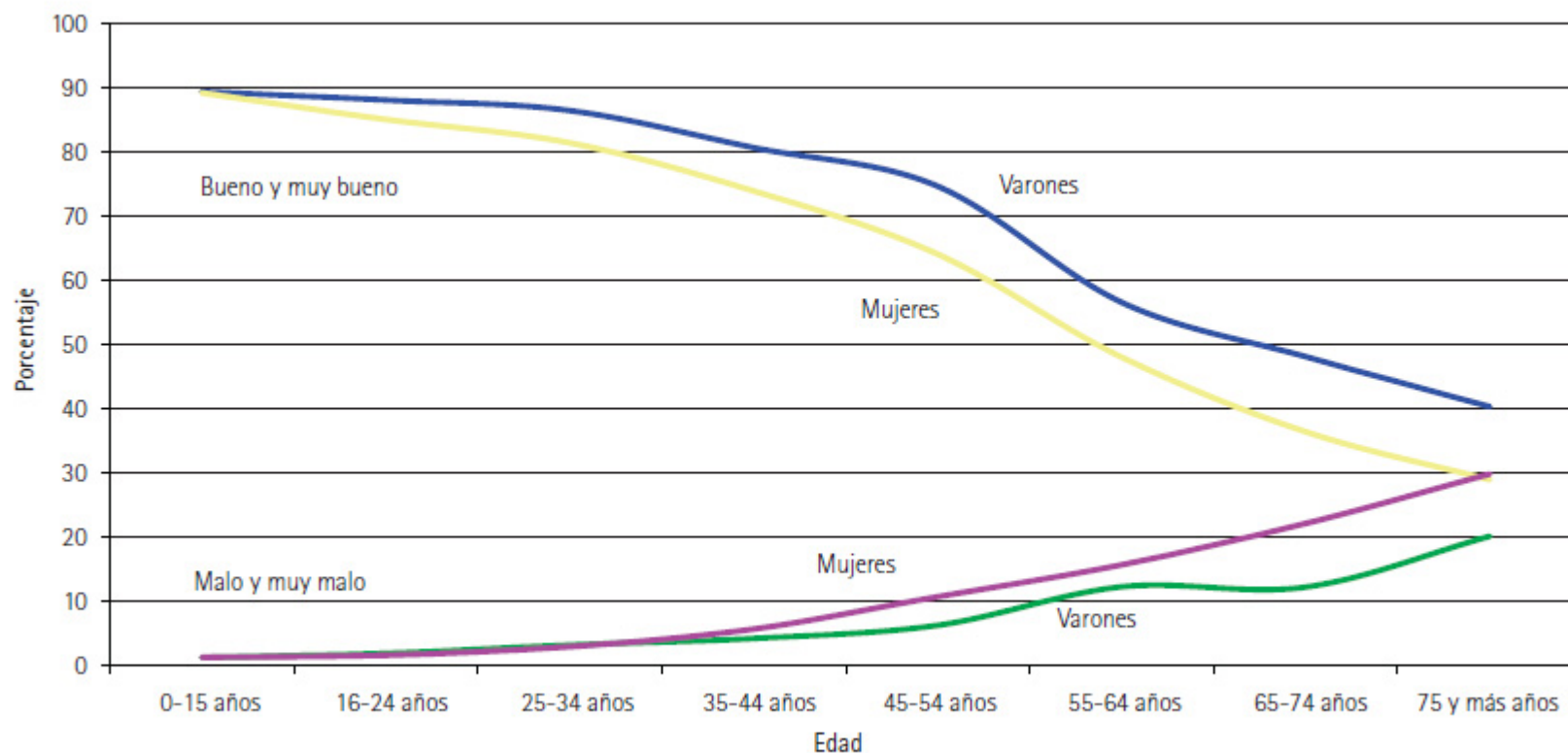
DISCAPACIDAD Y EDAD

	65-79 años	>80 años
Alguna discapacidad:	40%	63%
Desplazarse:	14%	30%
Cuidar de si mismo:	7%	30%



Valoración percibida del estado de salud por grupos de edad. ENS 2006

Percepción del estado de salud según sexo y edad, 2003



Nota: Estado de salud general percibido en los últimos 12 meses. No está representado «regular».

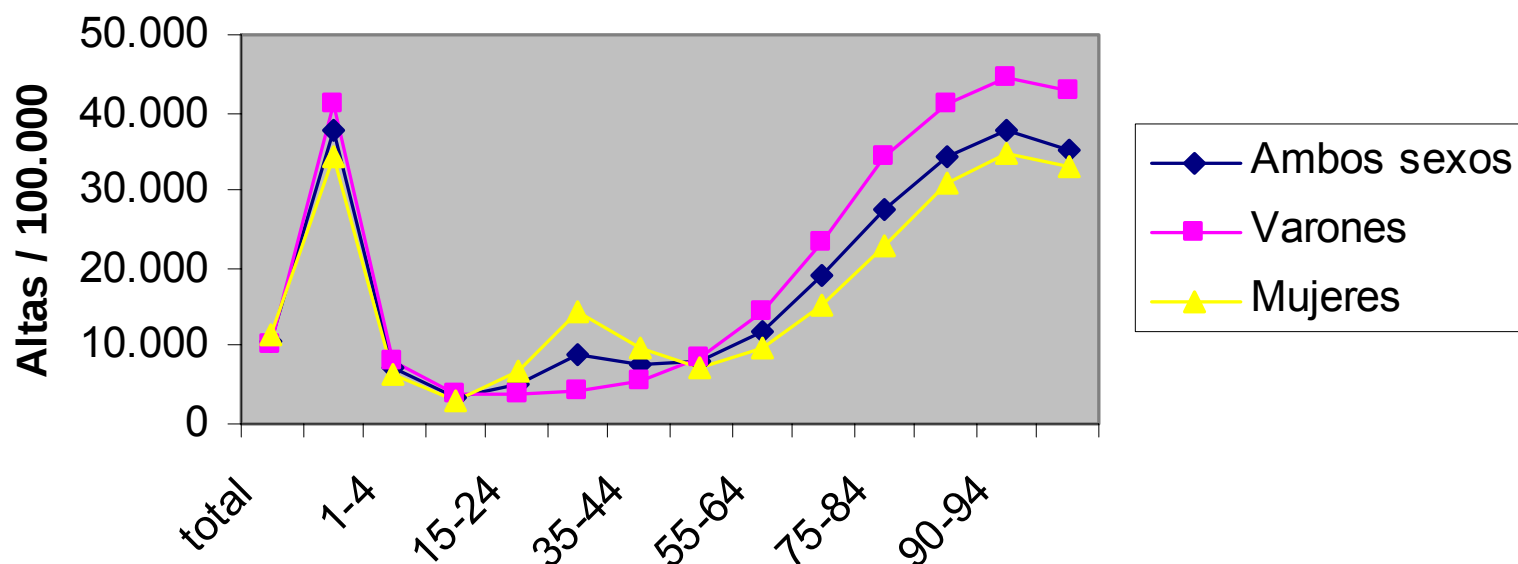
Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales, 2003. Estado de salud y accidentalidad. INE, 26/04/2005.

Consumidores Medicamentos. Últimos 12 meses (Encuesta Nacional de Salud 2006)

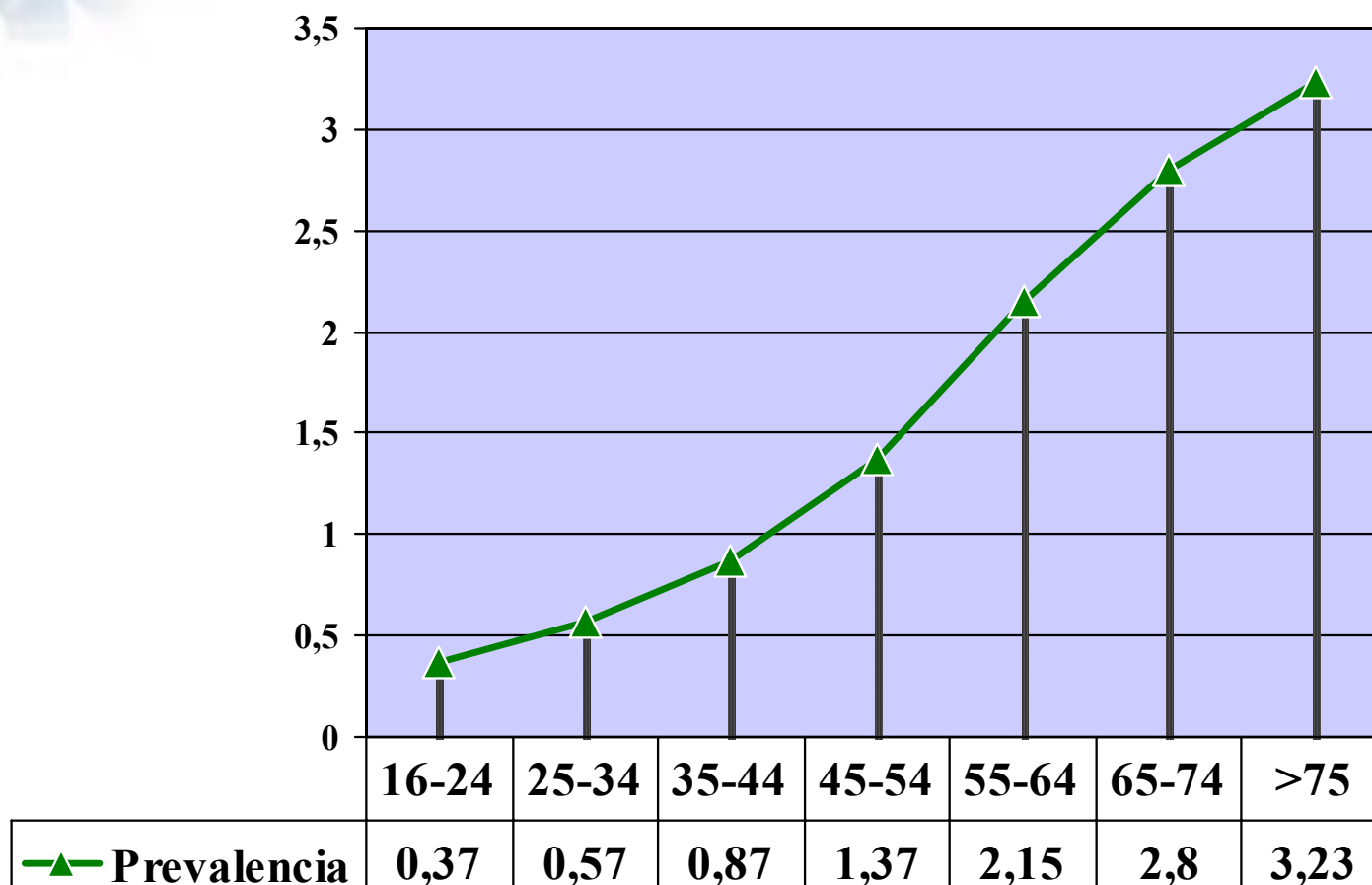
GRUPOS DE EDAD	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
Total	61,8%	54,5%	68,8%
0 - 4	47,9%	48,8%	47,0%
5-15	35,5%	33,5%	37,7%
16-24	47,6%	39,1%	56,4%
25- 34	53,4%	44,4%	63,0%
35-44	56,8%	49,0%	65,0%
45-54	65,3%	56,8%	73,7%
55-64	80,1%	74,3%	85,5%
65-74	88,9%	85,0%	91,8%
> 75	93,4%	90,8%	95,3%
Fuente: Encuesta nacional de salud. 2006 (www.ine.es)			

>85 años multiplica por 10 la frecuentación del grupo de 15-34 años

Frecuentación Hospitalaria por Grupos de Edad y sexo



Prevalencia de Problemas o Enfermedades Crónicas por Edad. *Encuesta Nacional de Salud 2006.*



OMS: “Cronicidad el principal reto de salud para el siglo XXI”

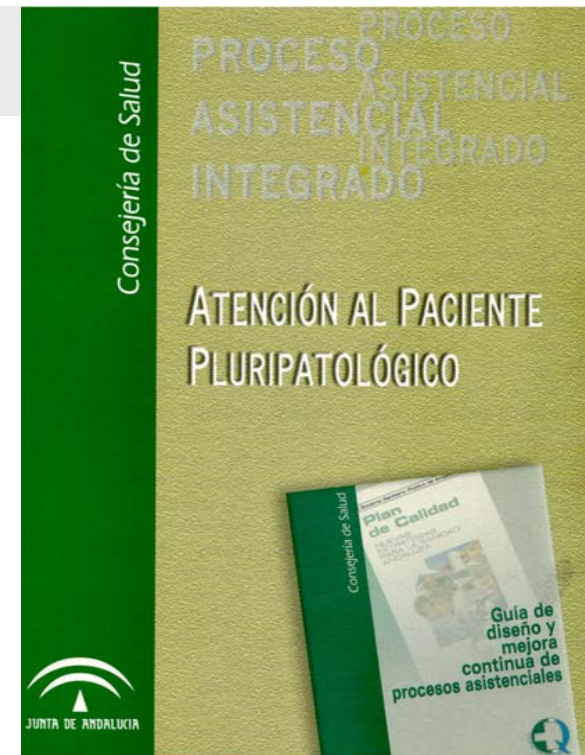
- ❑ Las enfermedades crónicas llegan a motivar:
 - ✓ el 80 % de las consultas a atención primaria
 - ✓ el 60% de los ingresos hospitalarios
 - ✓ el 70% del gasto sanitario
- ❑ La Organización Mundial de la Salud ha previsto que estas enfermedades crónicas serán la **principal causa de discapacidad en 2020.**
- ❑ Se estima que hacia 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años.
- ❑ Si este problema no se aborda adecuadamente, consumirán la mayor parte de recursos de los sistemas sanitarios.

Grandes consumidores de servicios sanitarios

- ❑ El 10% de pacientes consume 55% de días de hospitalización
- ❑ Un 5% de pacientes ingresados puede llegar a consumir el 40% de días de hospitalización.

Enfermedades crónicas complejas

- ❑ El 15% de aquéllos que padecen 3 ó más problemas de salud contabiliza el 30% de días de hospitalización.
- ❑ Los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica se multiplican por 6 respecto a los que sólo presentan una.



El patrón de enfermedades está cambiando, pero los sistemas de salud no están cambiando al mismo ritmo.

Informe OCDE 2007:

- Los sistemas de atención ambulatoria deben adaptarse a las nuevas exigencias generadas por pacientes con patologías crónicas .
- La coordinación de la asistencia puede beneficiarse de una mayor integración del sistema sanitario

Hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. OECD Health Working Paper No. 30. OECD, 2007.

Estimaciones para la UE:

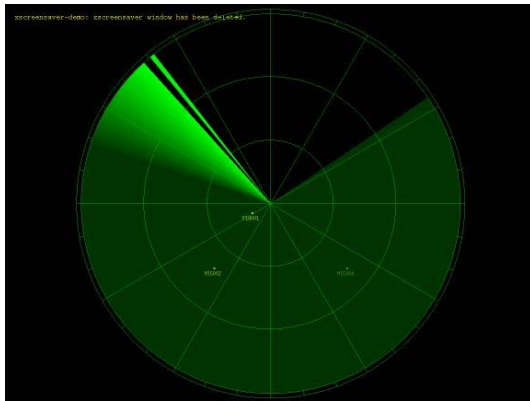
Población europea de más de 65 años en 2000: **16,1 %**

Población europea de más de 65 años en 2050: **27,5 %**

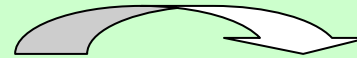
Población europea de más de 80 años en 2000: **3,6 %**

Población europea de más de 80 años en 2050: **10 %**

Fuente: Unión Europea (<http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11310.htm>)



Problemas emergentes de salud e integración de servicios sanitarios. Rafael Bengoa



Hoy:

El paciente aparece
El paciente es tratado
El paciente es dado de alta

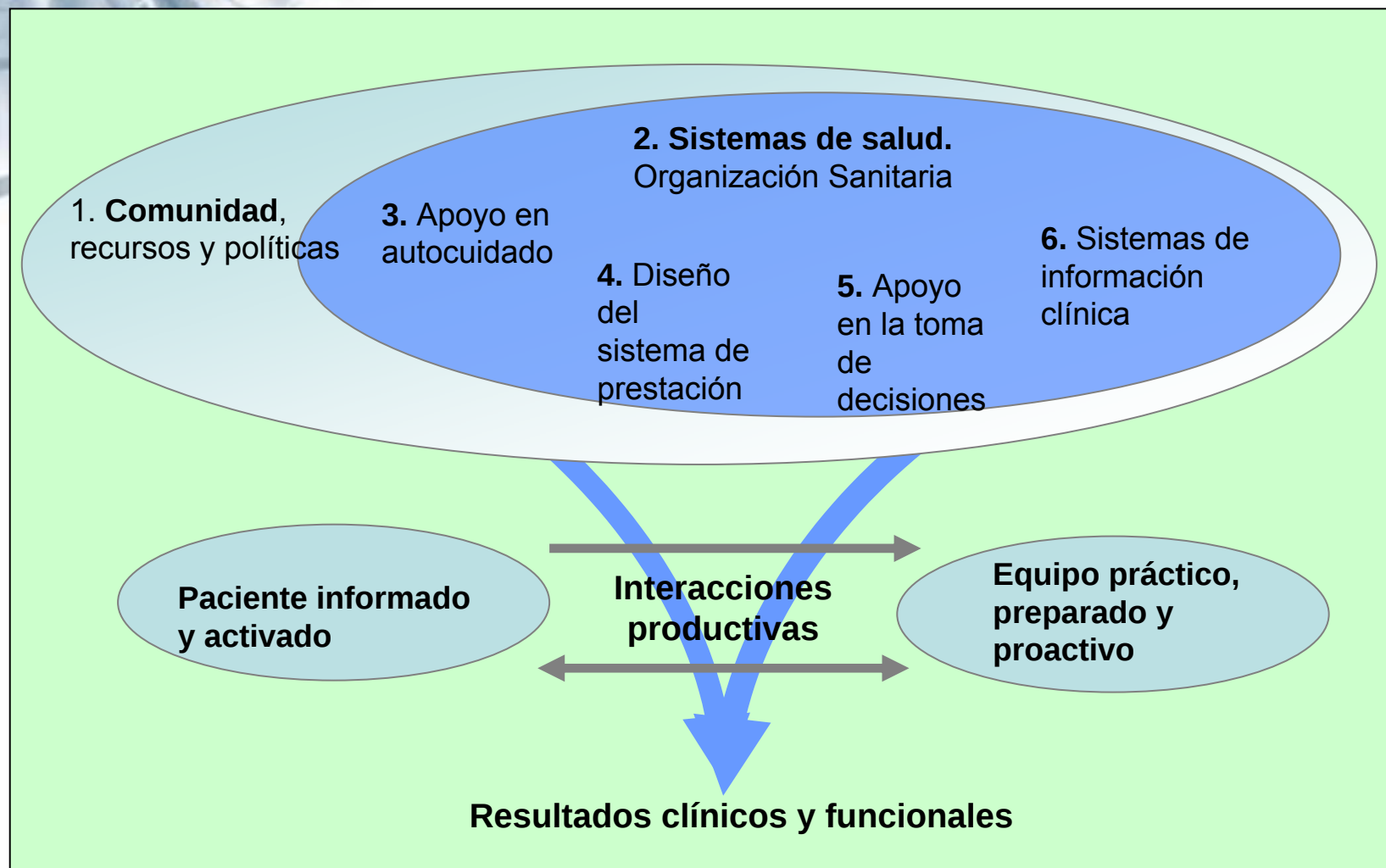
El paciente desaparece de la pantalla del radar.

Mañana:

El paciente aparece
El paciente es tratado
El paciente es dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento.
El paciente recibe apoyo continuo del sistema.
El paciente es socio-sanitario.

El paciente continúa en la pantalla del radar.

Figura 5: El Modelo de Atención a Enfermedades Crónicas.



Categorización de pacientes crónicos. Modelo pirámide de riesgo

Nivel 3

Al desarrollar más de una condición (comorbilidades) los cuidados se hacen desproporcionadamente más complejos y difíciles para los pacientes, y para su gestión por parte del sistema. Este nivel precisa **gestión de casos**, con un conductor (enfermero/a) que gestiona activamente y agrupa los cuidados de estas personas.

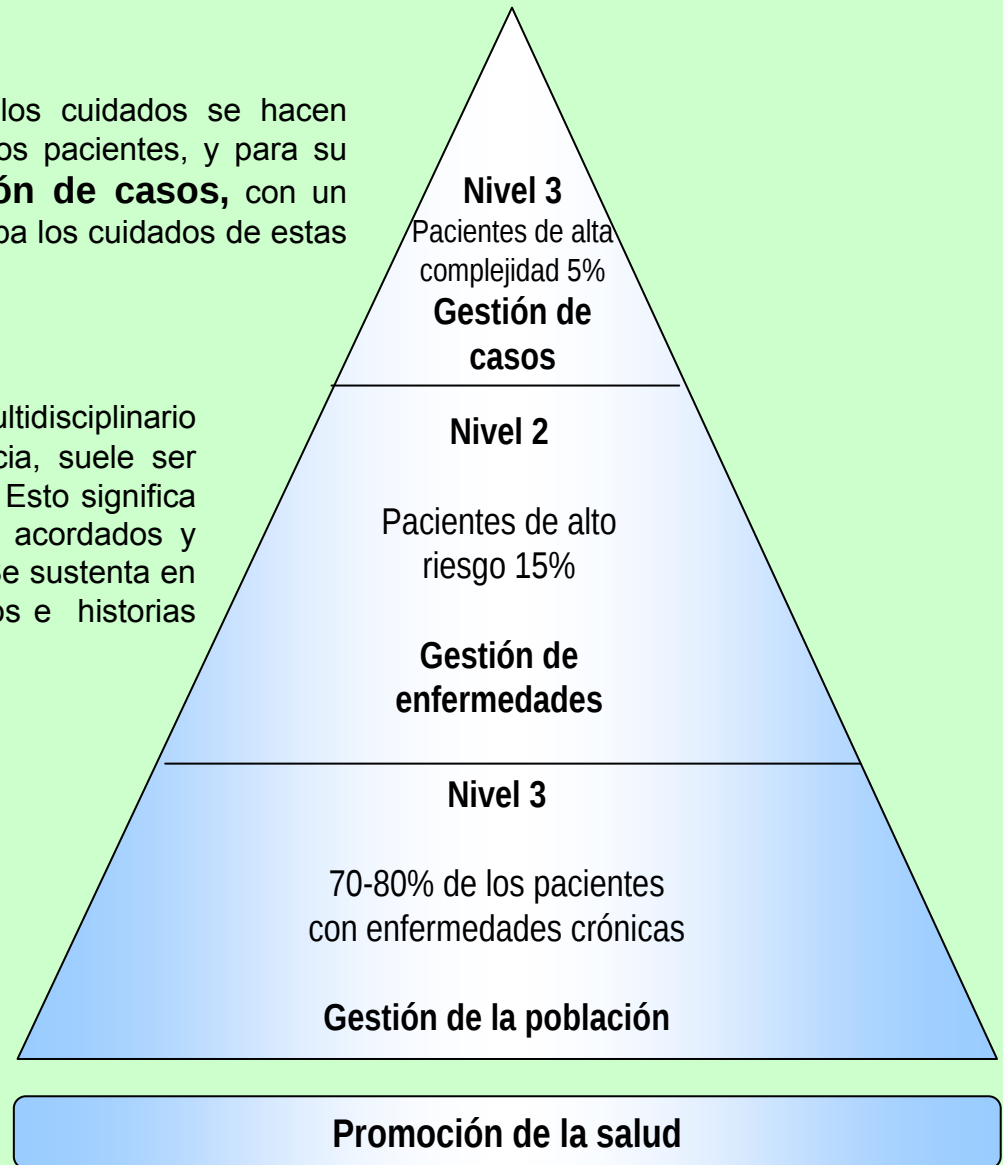
Nivel 2

La **gestión de enfermedades**, en la cual el equipo multidisciplinario provee cuidados de alta calidad basados en la evidencia, suele ser adecuada para la mayoría de los pacientes de este nivel. Esto significa gestión proactiva de los cuidados, siguiendo protocolos acordados y algoritmos para la gestión de enfermedades específicas. Se sustenta en buenos sistemas de información, planificación de cuidados e historias digitalizadas compartidas.

Nivel 1

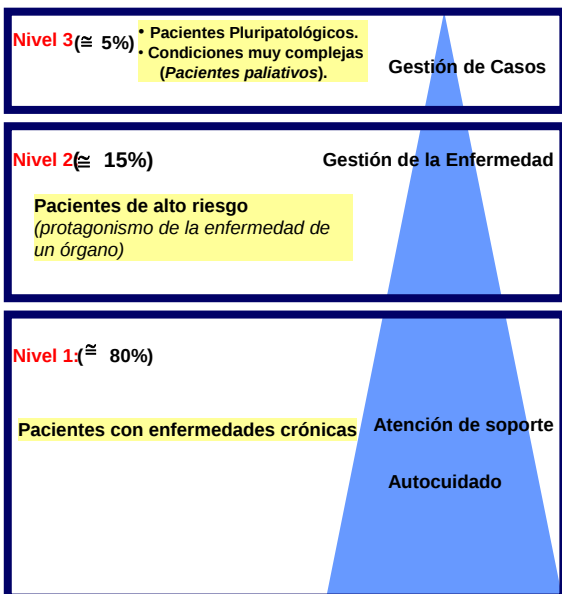
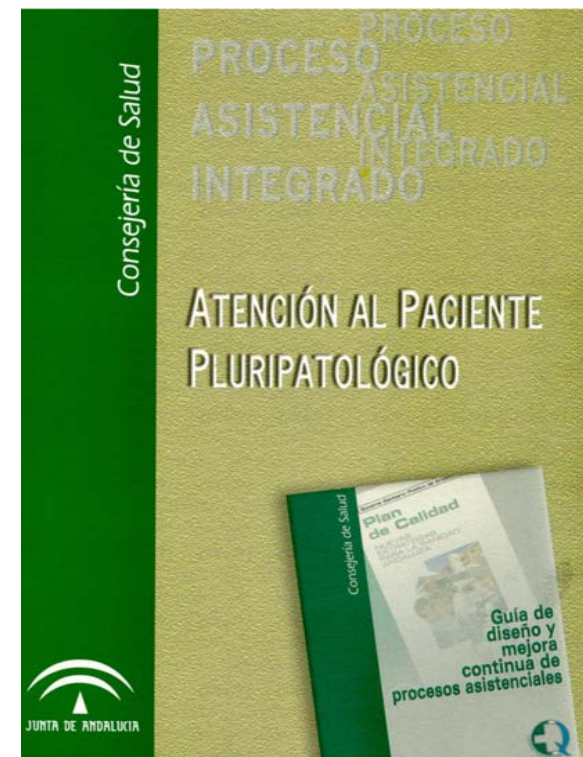
Con el soporte correcto muchas personas pueden aprender a ser **partícipes de sus propios cuidados**, viviendo con y tratando su enfermedad. Esto puede ayudarles a prevenir complicaciones, enlentecer la progresión de la enfermedad, y evitar nuevas condiciones. La mayoría de las personas con enfermedades crónicas entran en esta categoría, así que incluso pequeñas mejoras suponen grandes impactos.

Gestión de población
Algo más que gestión de enfermedades y gestión de casos





AÑO 2002



Grandes consumidores de servicios sanitarios

Prevalencia de Problemas o Enfermedades Crónicas por Edad. ENS 2006.

Grupos de edad	Prevalencia
Total	1,40
16-24	0,37
25- 34	0,57
35-44	0,87
45-54	1,37
55-64	2,15
65-74	2,80
> 75	3,23

DEFINIR PACIENTE PLURIPATOLÓGICO



No la presencia de más de una enfermedad, sino pacientes con una especial fragilidad por la concurrencia de determinados procesos.

1. Enfermedades que **no** tienen cura.
2. Enfermedades con deterioro progresivo.
3. Disminución gradual de la autonomía.
4. Riesgos de sufrir patologías interrelacionadas.
5. Importantes repercusiones económicas y sociales.

FRAGILIDAD CLÍNICA

- **N= 1.638 pacientes (53% varones)**
- **Edad media 77,9±9**

APORTACIONES DEL PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

MODELO HEREDADO



Atención primaria

Longitudinalidad.

Continuidad

Atención especializada

Episodios

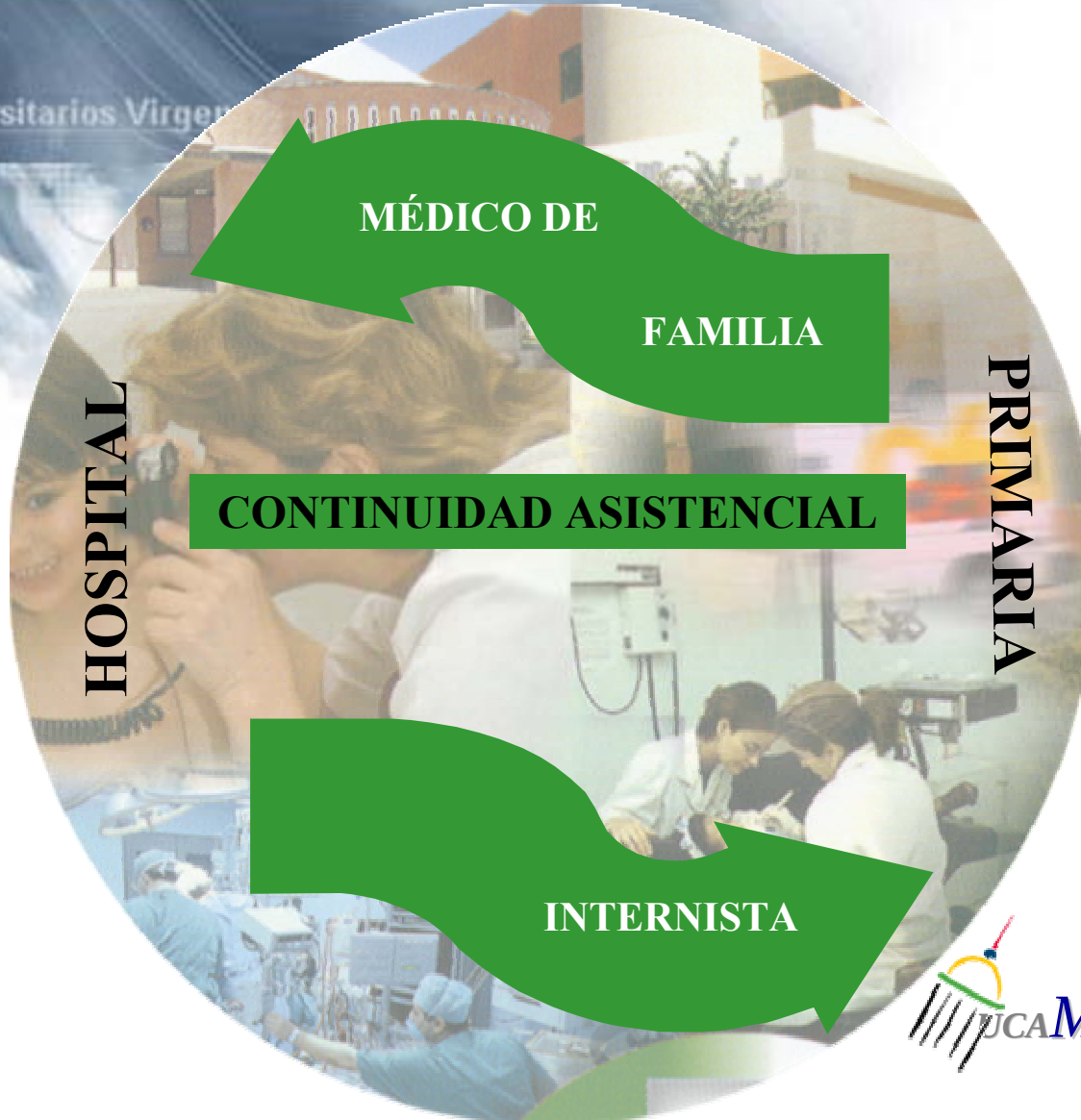
NECESIDADES REALES



Integralidad sociosanitaria.

Atención compartida AP -AE





**Protagonismo de la alianza de internista y médico de familia
en la gestión de enfermedades crónicas.**

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO
PROGRAMA

GESTIÓN DE
DOCENCIA

GESTIÓN DE
INVESTIGACIÓN

PLAN DE
CALIDAD

GESTIÓN POR
COMPETENCIAS

PACIENTE
PLURIPATOLÓGICO

UNIDAD
ATENCIÓN
ALCUIDAD
ANO

CONSULTA
AP

ATENCIÓN
DOMICILIARIA

PAC

CONSULTA/
HOSPITAL DE DIA

HOSPITALIZACIÓN

DISPOSITIVOS DE
SOPORTE
DOMICILIARIO

PAC

SE
GU
I
M
I
E
N
T
O
E
N
A
P

PROCESOS DE SOPORTE

LABORATORIO

ECNICAS DE
IMAGEN

SIST. INFORMACIÓN –
HISTORIA DIGITAL

SISTEMAS DE
COMUNICACIÓN

PROCESOS ASISTENCIALES
INTEGRADOS

RECURSOS
SOCIOSANITARIOS

ALMACEN

Médico de
Familia/Internista de
referencia

ACTIVACIÓN DEL PAC

Necesidad de intervención
conjunta para el control clínico
del paciente

Ingreso
hospitalario

Consulta presencial

Intervención conjunta

**ASISTENCIA
DOMICILIARIA**

Grupos definidos
Valoración periódica
Activación de dispositivos de
soporte domiciliario

Dispositivo soporte
domiciliario

**ASISTENCIA
HOSPITALARIA**

- Internista de referencia (IR) identificado por centro.
- IR localizado telefónicamente para citas preferentes con demora concertada, consultas puntuales y programación de ingresos directos por parte del médico de familia.
- Sesiones conjuntas en el centro con IR
- Valoración por el IR en los ingresos en otros servicios
- El IR gestor de casos en el entorno hospitalario

Hospitalización

Hospital de
día/Consulta

Sesión
interniveles/consulta no
presencial

**ATENCIÓN AL
CUIDADOR/A**

Médico de
Familia/Enfermera de
familia/Enfermera
comunitaria de enlace
(ECE)

Internista de
referencia/Enfermera
hospitalaria

Médico de
familia/Internista
/Enfermera de
familia/Enfermera
hospitalaria/ECE

Médico de
Familia/Internista de
referencia

ACTIVACIÓN DEL PAC

Necesidad de intervención
conjunta para el control clínico
del paciente

✓ Internista de referencia (IR) identificado por centro.

✓ IR localizado telefónicamente para citas preferentes con demora concertada, consultas puntuales y programación de ingresos directos por parte del médico de familia.

✓ Sesiones conjuntas en el centro con IR
✓ Valoración por el IR en los ingresos en otros servicios

✓ El IR gestor de casos en el entorno hospitalario

Ingreso
hospitalario

Consulta presencial

Intervención conjunta

Grupos definidos

Activación de dispositivos de
soporte domiciliario

ASISTENCIA
DOMICILIARIA

Dispositivo soporte
domiciliario

ASISTENCIA
HOSPITALARIA

Hospitalización

Hospital de
día/Consulta

Sesión
interniveles/consulta no
presencial

ATENCIÓN AL
CUIDADOR/A

Médico de
familia/Internista
/Enfermera de
familia/Enfermera
hospitalaria/ECE

- Internista de referencia (IR) identificado por centro.
- IR localizado telefónicamente para citas preferentes con demora concertada, consultas puntuales y programación de ingresos directos por parte del médico de familia.
- Sesiones conjuntas en el centro con IR
- Valoración por el IR en los ingresos en otros servicios
- El IR gestor de casos en el entorno hospitalario



UCAMI

Unidad
Clínica
Atención
Médica
Integral

Servicio
Medicina
Interna

HH.UU.
Virgen del Rocío



GESTION POR PROCESOS INTEGRALES: GPI

GESTION POR PROCESOS

Papel profesional
Estimula la cooperación
Orientado a Eficacia y Efectividad
Gestiona resultados finales
Define "como": Normas de Calidad
Garantiza continuidad asistencial

Necesita:

Espacio organizativo: **GRUPO DE MEJORA**
Acceso a Evidencia Científica
Comunicación /Conectividad
Sistemas de Información
Vinculación a incentivos

G
E
S
T
I
O
N

C
L
I
N
I
C
A

GESTION CLINICA

Papel Directivo
Estimula la competencia interna
Orientado a eficiencia
Gestiona resultados parciales
Actividad/efectividad
Gestión de recursos

Necesita :

Espacio organizativo: **UNIDAD CLINICA**
Autonomía de gestión
Sistemas de Información
Vinculación a incentivos
Interestamentalidad

GESTION DE CALIDAD TOTAL

LA UNIDAD CLINICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL



UCA: Continuidad Asistencial

MI: Medicina Interna

MI: Medicina Integral

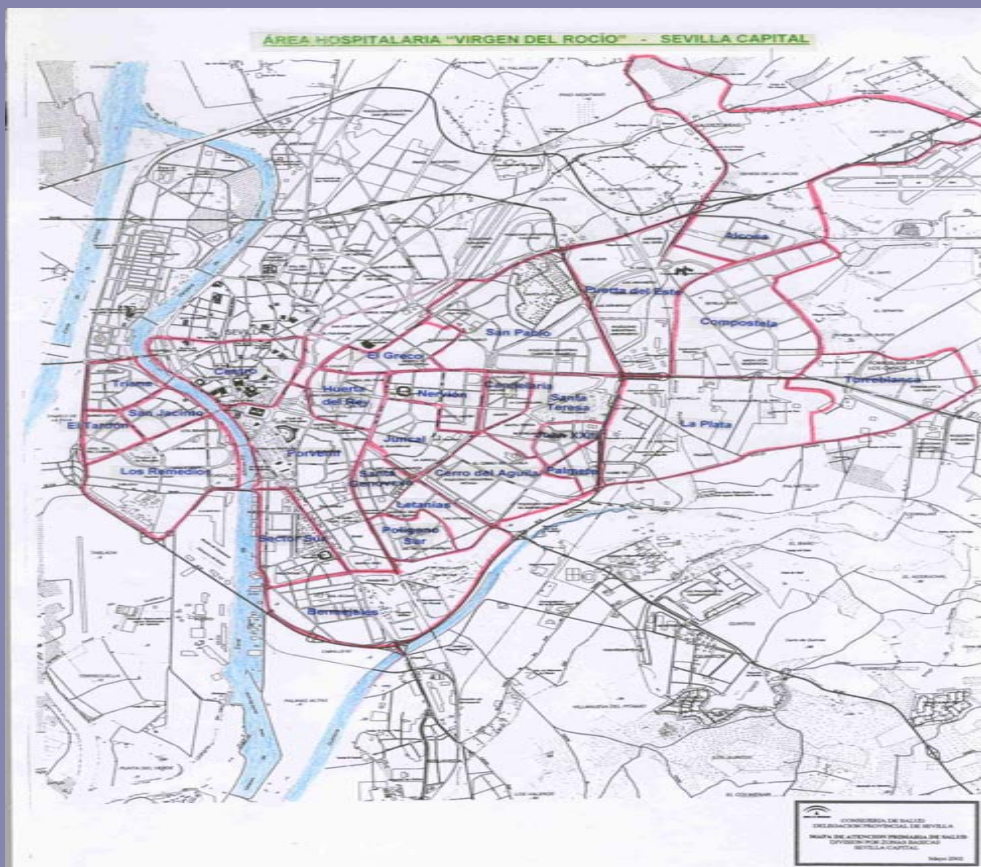
Adaptar la organización al enfermo potenciando la
atención integral y continuidad asistencial

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN EL HOSPITAL

1. GESTIÓN EN BASE POBLACIONAL. SECTORIZACIÓN.

Internista de referencia

- ▶ *Internista responsable cartera de Servicio*
- ▶ *26 ZBS(100 %)*
- ▶ *30.000 habitantes/ internista*
- ▶ *Libre elección*



DIMENSIÓN TERRITORIAL



UCAMI

Unidad
Clínica
Atención
Médica
Integral

Servicio
Medicina
Interna

HH.UU.
Virgen del Rocío



2002-2003

5 CS

Amate(M Bernabeu)
La Plata(S. G^a Morillo)
Juncal (V.M Sanz)
Huerta del Rey(D.González)
Amante Lafont(O. Muñiz)

2003-2004

6 CS

Campana(E Pamiés)
Virgen de África(P. Stiefel)
El Cachorro(S. G^a Morillo)
El Porvenir(MA G Puente)
Mallen(V. M Sanz)
Los Bermejales(M. Miranda)

Candelarias(M Ollero)
Camas(M.Ollero)
C. del Águila(M. Bernabeu)
Polígono Sur(J. Andréu)
Letanías(J M Varela)
Montequinto(E. Calderón)
P.S.Pablo(M A G Puente)
Torreblanca(R. G^a Contreras)
Utrera Norte(J. Medrano)
Utreras Sur(J. Medrano)

1998-2002

10 CS

2005-2006

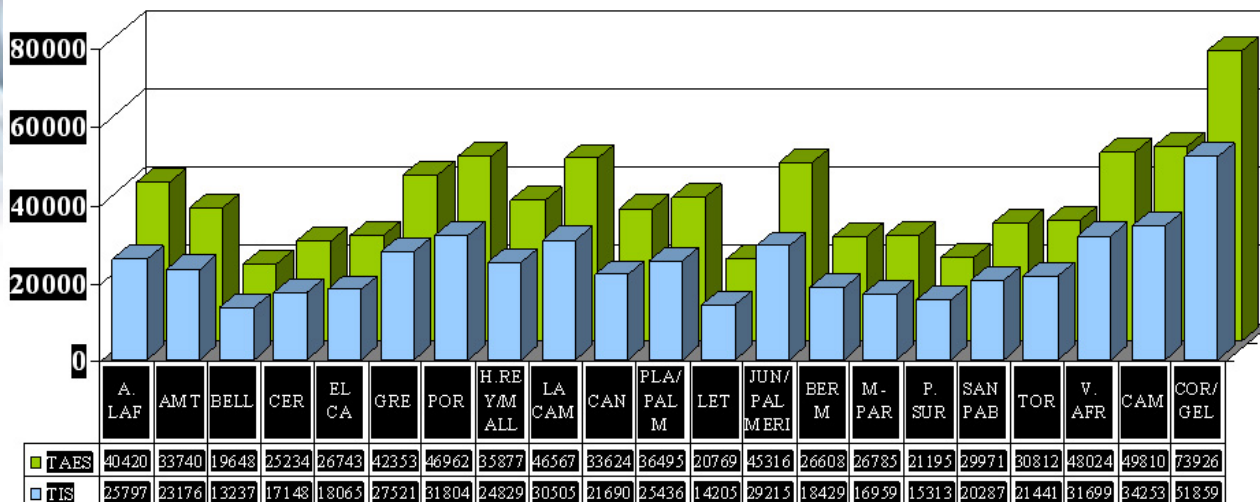
4 CS

Coria del Río(MA D Torres)
Marqués de Parada(J M L Chozas)*
El Greco(A. Navarro)*
Bellavista(M.D. Nieto)*

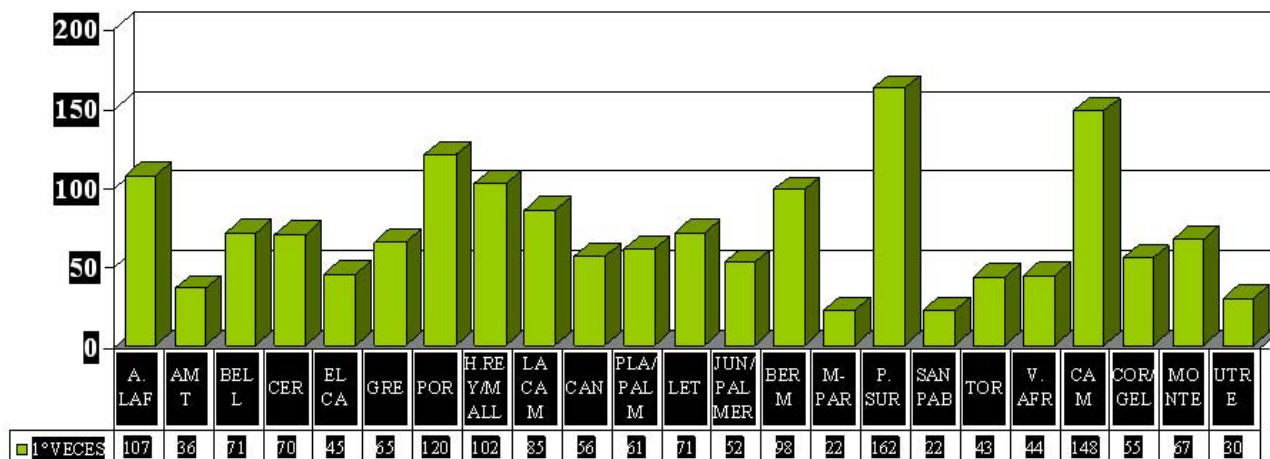
**26 INTERNISTAS DE REFERENCIA
PARA 26 CENTROS DE SALUD**

Programas de colaboración Internistas – Médicos de Familia.

TIS y TAES C. SALUD ADSCRITOS A UCAMI



1ª veces por C. SALUD ADSCRITOS A UCAMI



IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN EL HOSPITAL

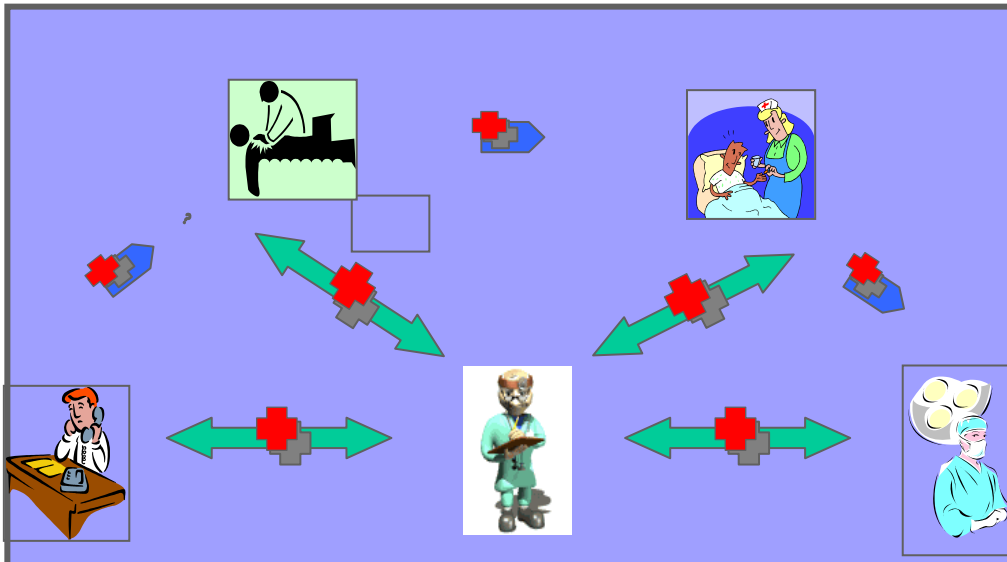
2. ADAPTAR LA ORGANIZACIÓN AL PACIENTE

► Unidad de Pacientes Pluripatológicos:

- ❑ Unidad de día (Consulta alta resolución - hospital de día) + Camas.
- ❑ Soporte domiciliario.
- ❑ Consultoría intrahospitalaria.

UCAMI – UCA - UPP

UNIDAD DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS *Estándares y Recomendaciones*



► Simultanear diariamente Cama/Unidad de día

Potenciar la continuidad en la
relación médico-paciente





Universitarios Virgen del Rocío



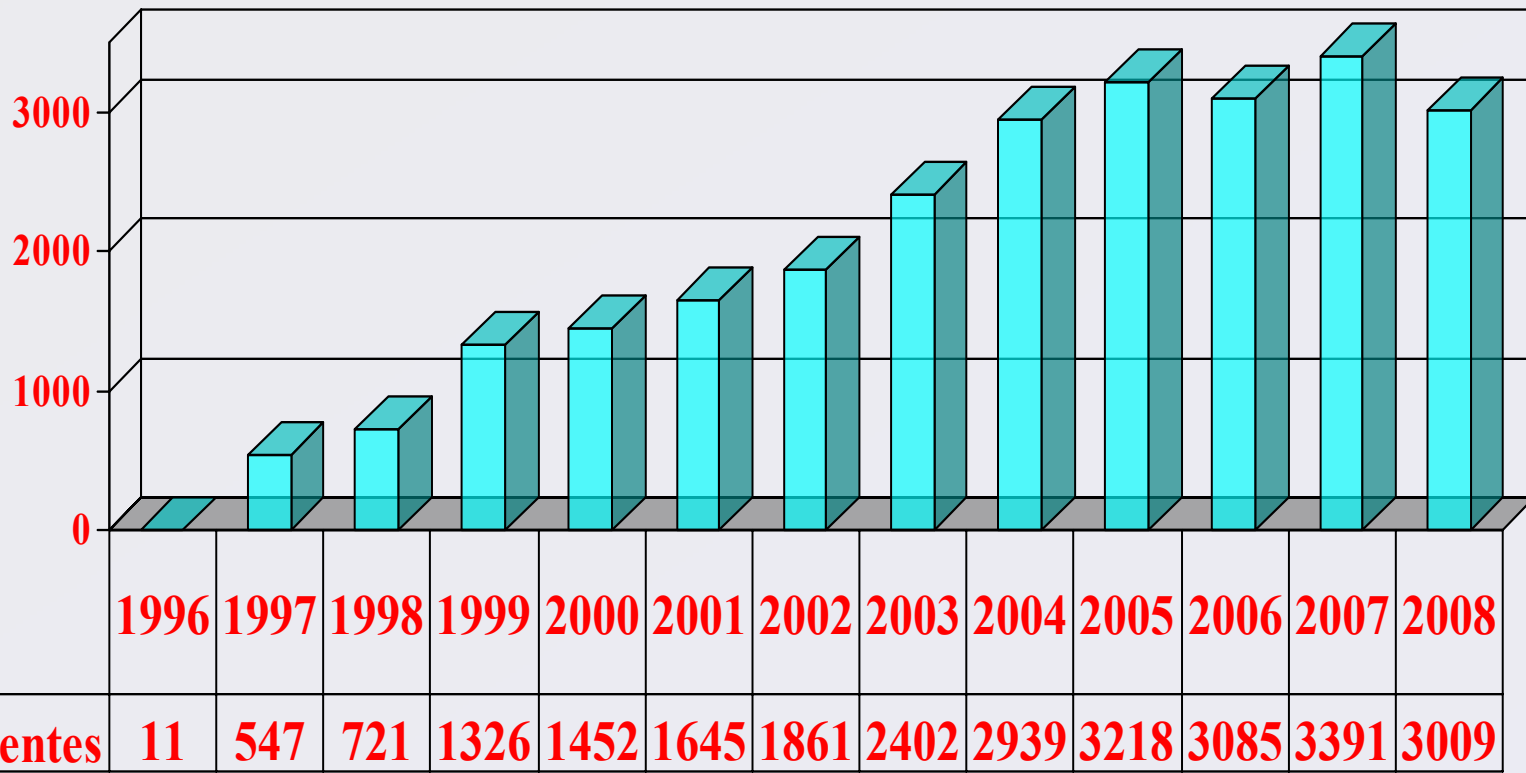
UNIDAD DE DIA MEDICINA INTERNA

Número de nuevos pacientes por año

Unidad
Clínica
Atención
Médica
Integral

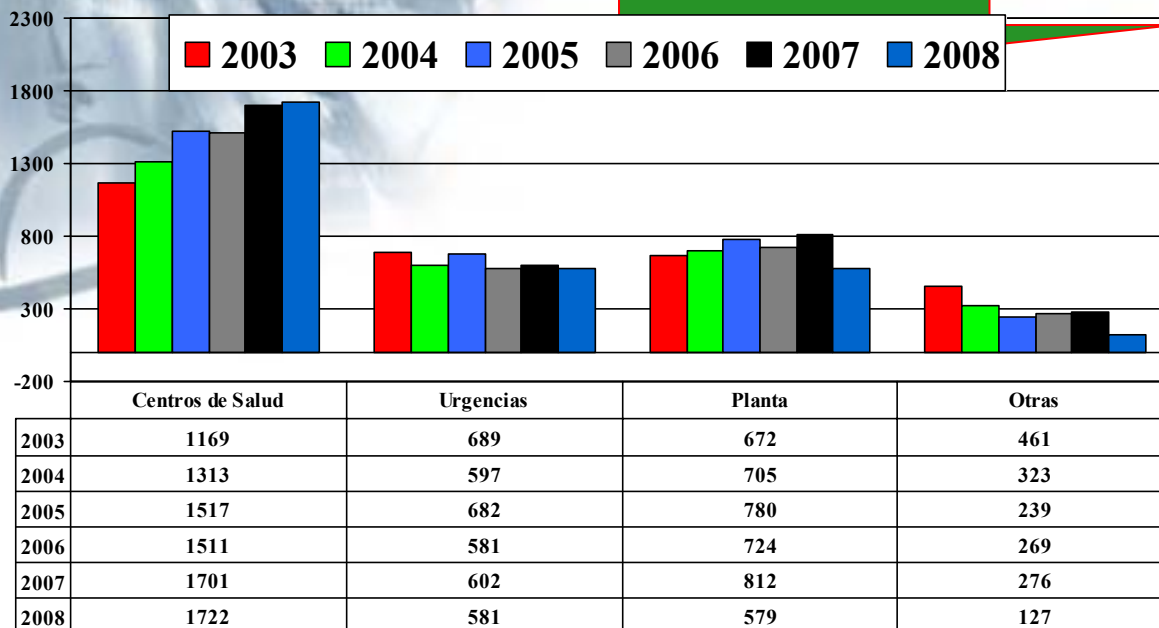
Servicio
Medicina
Interna

HH.UU.
Virgen del Rocío

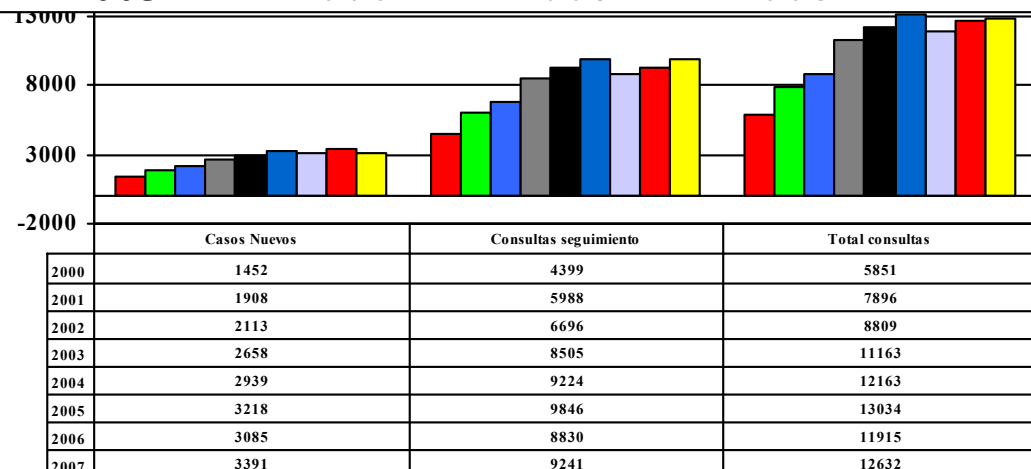


Nº Pacientes

Programas de colaboración Internistas – Médicos de Familia.



■ 2000 ■ 2001 ■ 2002 ■ 2003 ■ 2004
■ 2005 ■ 2006 ■ 2007 ■ 2008



IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN EL HOSPITAL

3. Desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales. Convenios de colaboración con otros servicios.

► Unidad de Estabilización Clínica.

Acuerdos UCAMI – Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias.

	M.I 2ªN 1/08/05- 31/01/06	M.I-UEC 1/08/06- 31/01/07	M.I 2ªN 1/08/06- 31/01/07	UEC 1/08/06- 31/01/07
ALTAS ♂ / ♀ (totales)	807 472 / 335	1125 584 / 541	669 354 / 315	456 230/226
EDAD ½ ♂ / ♀ (años)	65 / 68	68 / 73	66 / 70	71 / 78
ESTANCIA ½ (días)	10,47	7.24	9.89	3.34
MORTALIDA D 1ª 24H	77 (10%) 8 (10%)	98 (9%) 28 (29%)	64 (10%) 13 (20%)	34 (7%) 15 (44%)
REINGRESO S URGENTES PROGRAMA DOS	124 (15.36%) 84 (10.40%) 40 (4.95%)	150 (13.33%) 118 (10.48%) 32 (2.84%)	90 (13.45%) 65 (9.71%) 25 (3.73%)	61 (13.45%) 54 (11.84) 7 (1.53%)
IUE	1.03	0.75	1.01	0.35
MIX-GDR	1.93	1.75	1.79	1.69

► Creación de la Hospitalización de Cuidados Paliativos y Soporte Enfermedades Avanzadas

Acuerdos: UCAMI – Servicio de Oncología.

► Integración de los Equipos de Soporte Domiciliario.

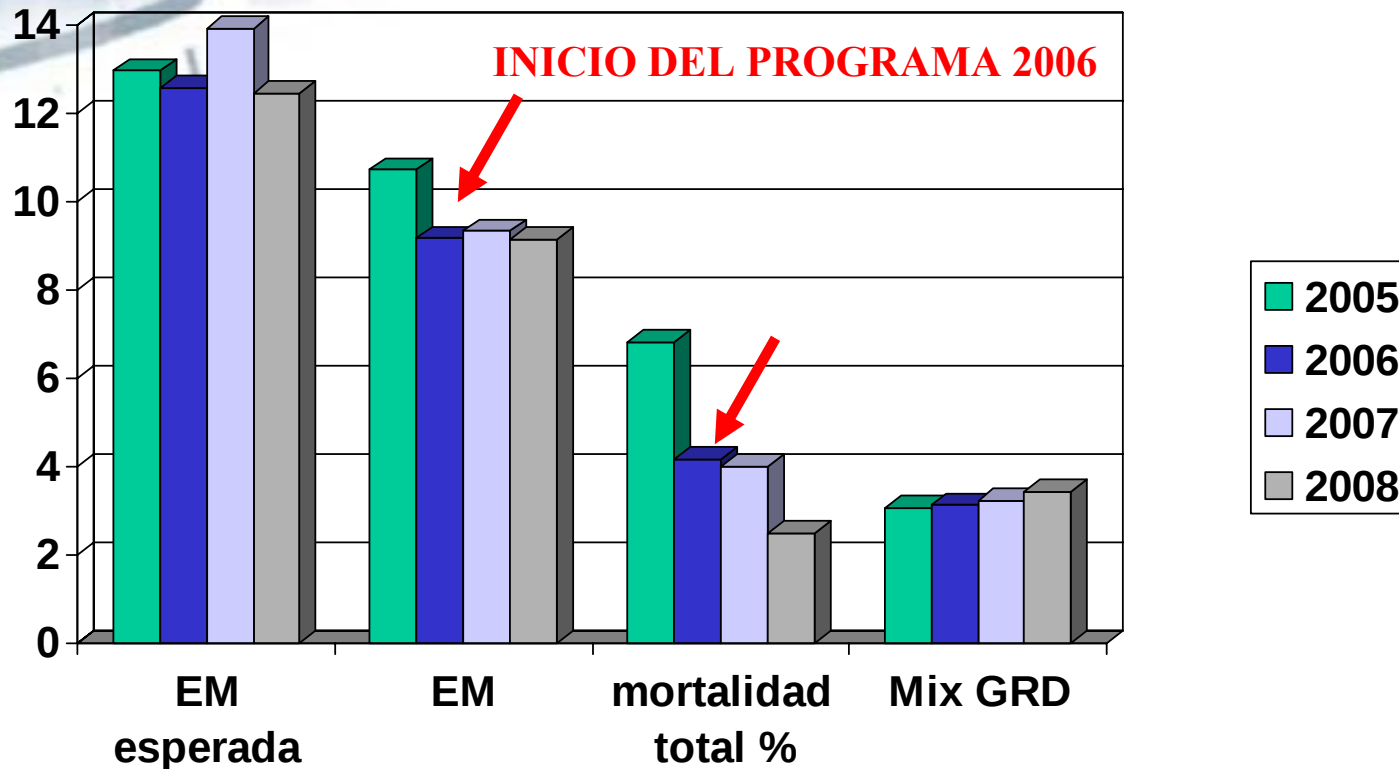
Incorporación fundacional a UCAMI de Hospitalización Domiciliaria



IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN EL HOSPITAL

3. Desarrollo de nuevos dispositivos asistenciales.

► Programas de consultoría y equipos de soporte intrahospitalarios.



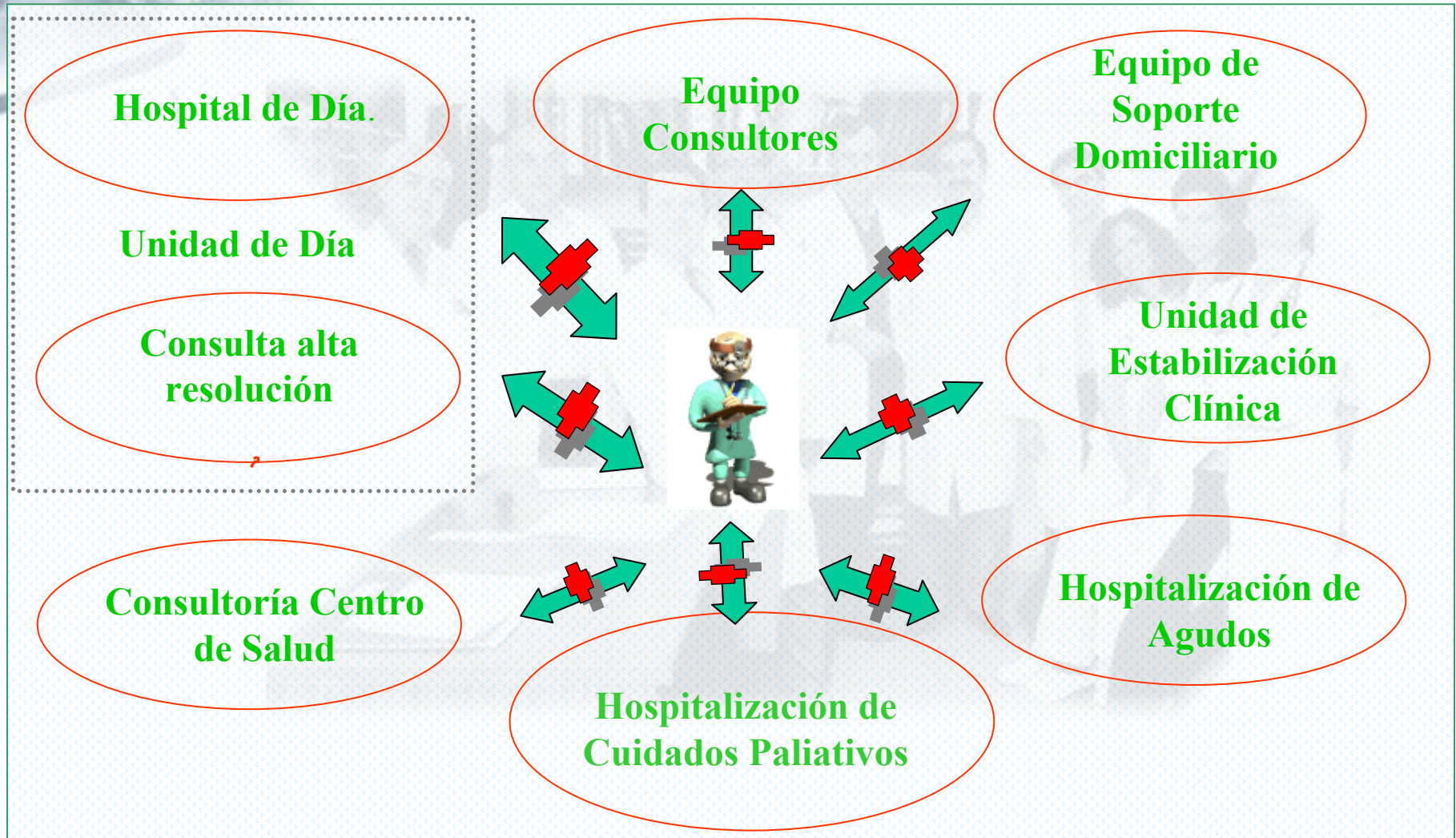
Programa de soporte a la
fractura de cadera

► Consultas compartidas con otras especialidades

Consultas con Obstetricia, hematología, dermatología

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN EL HOSPITAL

Modelo UCAMI de Continuidad: Trabajo en red.



IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN EL HOSPITAL



4. Incorporación de nuevas herramientas y nuevos roles en los cuidados.

- Planes de cuidados estandarizados y personalizados para el paciente y la persona cuidadora.
- Informe de continuidad asistencial.
- Roles de enfermera referente, enfermera colaboradora y enfermera de enlace.
- Gestión compartida en equipos multidisciplinares.

DIAGNÓSTICOS PERSONA AFECTADA	DIAGNÓSTICOS PERSONA CUIDADORA Y FAMILIA
00078.-Manejo inefectivo del régimen terapéutico	00062.-Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador/a
00069.-Afrontamiento inefectivo (individual)	00061.-Cansancio en el desempeño del rol de cuidador/a
00092.-Intolerancia a la actividad	00074.-Afrontamiento familiar comprometido
00102.-Déficit de autocuidados	00060.-Interrupción de los procesos familiares
00047.-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	

- **Identificación del paciente pluripatológico.**
- **Módulo de proceso. Valoración integral.**
- **Sistemas de alertas ante eventos relevantes**
- **Integración Estación Clínica –Diraya.**



IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN EL HOSPITAL

6. Colaboración con el servicio de farmacia.

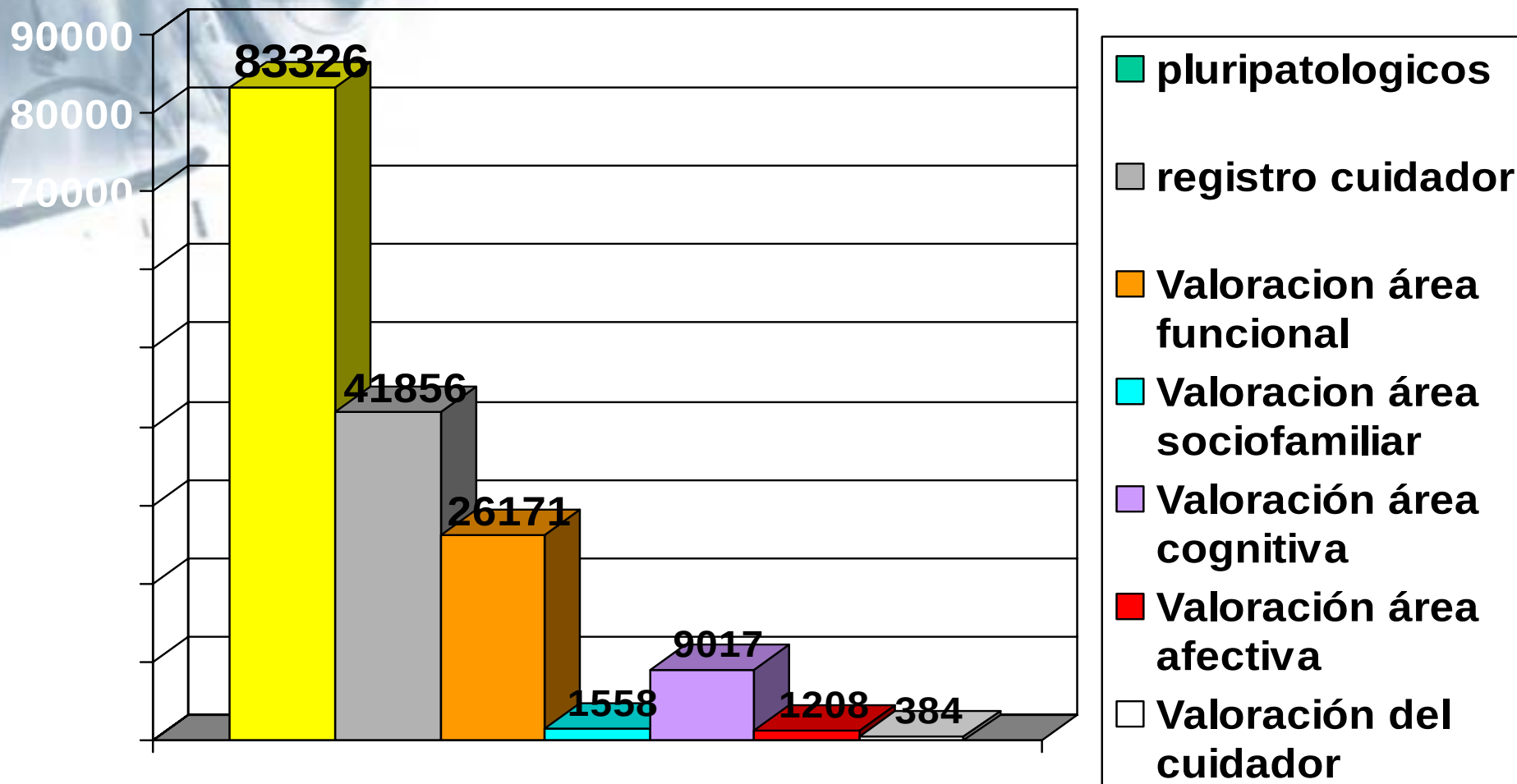
- ▶ Valoración y mejora de la adecuación
 - ▶ Valoración y mejora de la adherencia
 - ▶ Conciliación terapéutica
- Uso Racional del Medicamento y Seguridad Clínica.**

7. Integración de la rehabilitación.

8. Ausencia de un sistema social integrado.

Soporte a áreas residenciales.

IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN ATENCIÓN PRIMARIA



**VALORACIONES EFECTUADAS A LOS PACIENTES
PLURIPATOLOGICOS**
Andalucía 2008

IMPACTO DEL PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Consejería de Salud

IMPACTO SOBRE EL PACIENTE

- ▶ ¿Estamos modificando la historia natural de la enfermedad?
- ▶ ¿Reducimos mortalidad y deterioro funcional?
- ▶ ¿Reducimos días de ingreso?

Caracterizar la población.

Definición – Estudios descriptivos

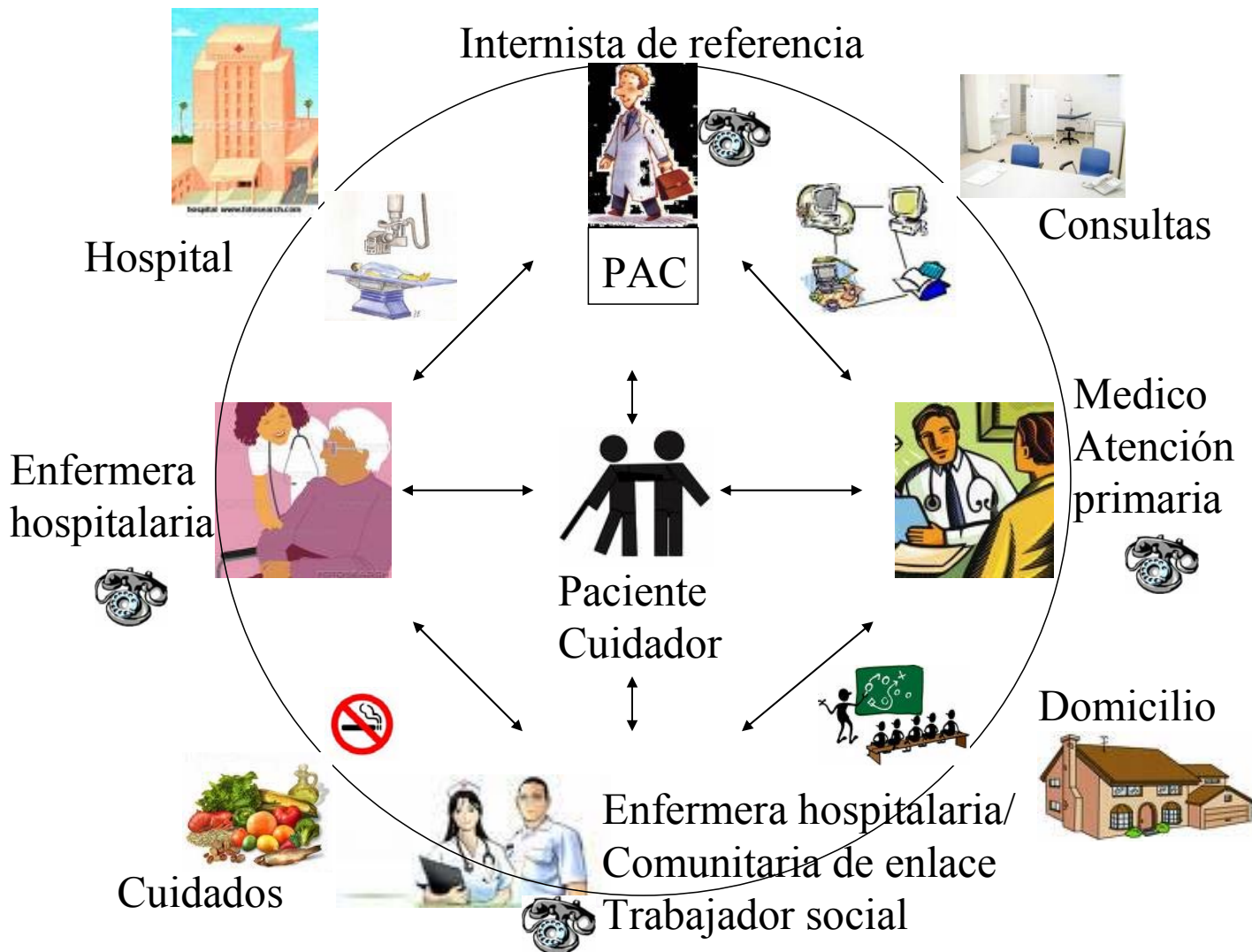
Conocer su historia natural.

Estudio PROFUND

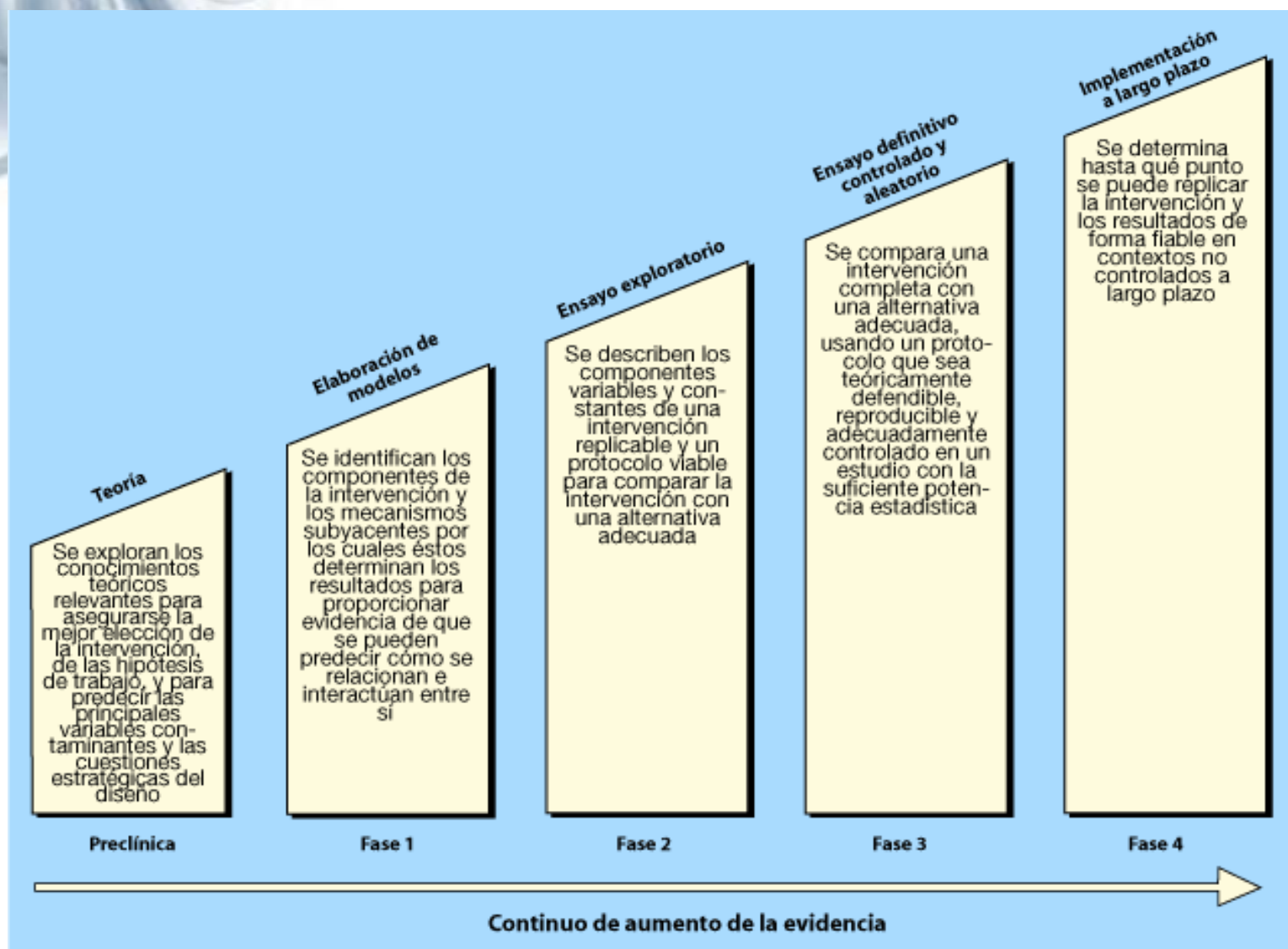
Evaluar intervenciones

Proyecto IMPACTO

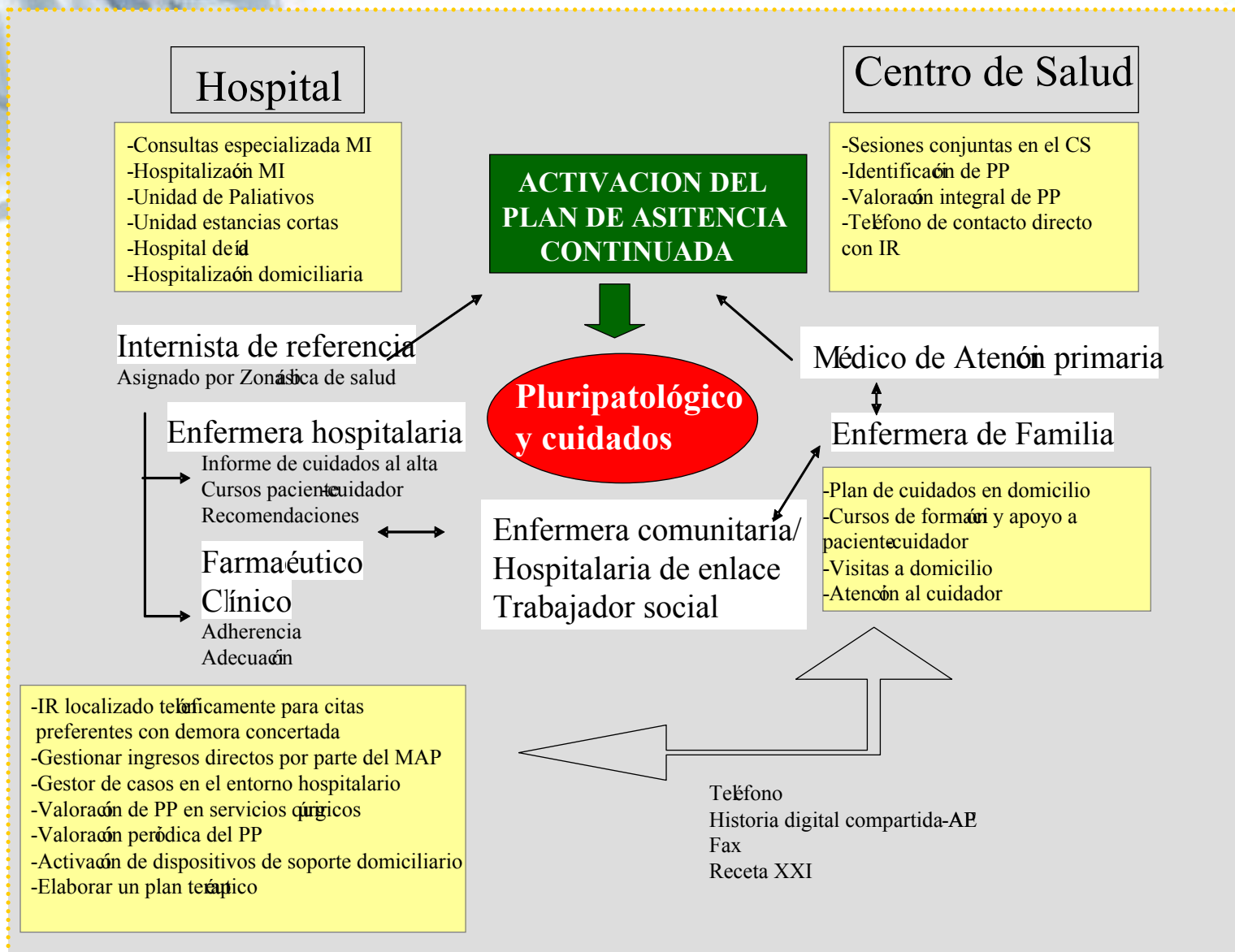
PROYECTO IMPACTO



PROYECTO IMPACTO

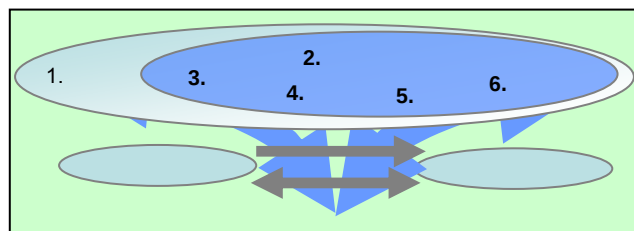


PROYECTO IMPACTO



PROYECTO IMPACTO

1. **ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA.** El marco de actuación queda definido por el PAI atención al PP del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. **RELACIONES CON LA COMUNIDAD.** Aprovechar los recursos disponibles para poder mejorar la atención al PP. Grupos de autoayuda, centros de día para mayores, programas de ejercicios desde AP. Cursos para el cuidador. Red de trabajadores sociales. Enfermeras gestoras de casos.
3. **APOYO Y SOPORTE DEL AUTOCUIDADO.** Centrar la atención en el binomio paciente-cuidador, sabiendo que el propio paciente es su principal proveedor de cuidados. Educar, informar periódicamente, generar un entorno de confianza, enseñar a manejar ciertos dispositivos y generar hábitos de autocuidado. Implicar a los pacientes en sus cuidados. Cursos específicos para PP. Plan de cuidados personalizado. Incentivar la adherencia al tratamiento.
4. **APOYO PARA LA TOMA DE DECISIONES.** Uso de guías de práctica clínica para manejo de las patologías más prevalentes en los PP. Reuniones periódicas con los MAP del CS. Teléfono directo entre profesionales de AP-AE. Protocolos de derivación a AE. Adecuación del tratamiento farmacológico siguiendo las guías de práctica clínica. Apoyo del Servicio de Farmacia en cuanto a la adecuación del tratamiento.
5. **DISEÑO DEL SISTEMA ASISTENCIAL.** Sectorización de la asistencia por parte del Internista de referencia en cada Zona Básica de Salud. Valoración integral del PP. Revisión al alta dentro de los 15 días hábiles posteriores a la misma. Estratificación del riesgo para adecuar el nivel de intervención. Equipo de trabajo multidisciplinar, repartiendo las tareas según los perfiles.
6. **SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA.** Registro informatizado de pacientes pluripatológicos. Alarmas informáticas tras el ingreso-altas de PP tanto en MI como en los servicios quirúrgicos. Historia clínica digital compartida entre AP-AE. Acceso al programa receta XXI.



CONTROL DE INTERVENCIONES

MEDICO Y ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA:

1. Estratificación del riesgo para planificar el seguimiento: SI / NO
2. Evaluación integral, incluyendo clínica, funcional (Índice de 3.Barthel y Escala de Lawton y Brody), cognitiva (Cuestionario de Pfeiffer): SI / NO

INTERNISTA DE REFERENCIA:

3. Visita programada 15 días siguientes a la inclusión en el estudio: SI / NO
4. Elaborar un plan terapéutico personalizado: SI / NO
5. Disponibilidad por parte IR de ingresos programados: SI / NO
- 6 .Atención en consulta especializada por parte del IR: SI / NO

ENFERMERA HOSPITALARIA:

7. Elaborar un plan de cuidados personalizados: SI / NO
8. Cursos para pacientes PP y cuidadores: SI / NO

FARMACEUTICO HOSPITALARIO:

9. Evaluación sobre la adherencia al tratamiento: SI / NO
10. Intervención en la adherencia al tratamiento farmacológico tras la indicación de un plan terapéutico: SI / NO
11. Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico tras la indicación de un plan terapéutico: SI / NO.



Domingo 11 Octubre 2009

búsqueda avanzada...Presentación
Flash

Usuario/a
[Unirse](#) [olvidó su contraseña?](#)

- [Inicio](#)
- [Qué es OPIMEC](#)
- [Prácticas](#)
- [Organizaciones](#)
- [Personas](#)
- [Novedades](#)
- [Destacadas](#)
- [Noticias](#)
- [Eventos](#)
- [Glosario](#)
- [Documentos](#)
- [Recursos Web](#)
- [Comunidad](#)
- [Suscripción RSS](#)
- [Boletín OPIMEC](#)
- [Reservados](#)

◉ Bienvenido a OPIMEC

Este **Observatorio** le invita a identificar y proponer **organizaciones** y **prácticas** para la gestión de enfermedades crónicas complejas, a enviar **documentación** de interés, a crear un **glosario** y a unirse en la comunidad OPIMEC para realizar **esfuerzos conjuntos** en la optimización de la gestión de enfermedades crónicas complejas.

[Leer más](#) 

◉ Destacadas

- [Unidad de Atención Pluripatológica \(UAPP\)](#)
- [Hospital de día para pacientes crónicos en Conxo](#)
- [TeleAtención Sanitaria Domiciliaria](#)

[Más destacadas](#)

◉ Novedades

- [Entrevista a Rafael Bengoa sobre las enfermedades crónicas y el trabajo](#)
- [Foro de Debate Gestión Clínica 2.0: Nuevas perspectivas para una nueva década](#)

[Español](#) | [English](#)

Crea un lenguaje común para **el tratamiento** de enfermedades crónicas.
→ [Entrar](#)

Encuentra
Innovaciones

→ **Comparte**
Innovaciones

Comunidad

Tags de Comunidad OPIMEC

[atencion primaria](#) [cardiovascular](#)
[disease](#) [cuidadores](#) [ehealth](#)
[enfermedad cronica](#)
[enfermedades](#)