

UTILIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS Y PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

RESULTADOS PROYECTO IMPACTO

Dra. María Dolores Nieto Martín
UGC MEDICINA INTERNA HUV ROCIO



Índice:

1. INTRODUCCION
JUSTIFICACION DEL
PROYECTO

2. RESULTADOS



1. De la evidencia a la acción

Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action

Interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care.

by Edward H. Wagner, Brian T. Austin, Connie Davis, Mike Hindmarsh, Judith Schaefer, and Amy Bonomi

ABSTRACT: The growing number of persons suffering from major chronic illnesses face many obstacles in coping with their condition, not least of which is medical care that often does not meet their needs for effective clinical management, psychological support, and information. The primary reason for this may be the mismatch between their needs and care delivery systems largely designed for acute illness. Evidence of effective system changes that improve chronic care is mounting. We have tried to summarize this evidence in the Chronic Care Model (CCM) to guide quality improvement. In this paper we describe the CCM, its use in intensive quality improvement activities with more than 100 health care organizations, and insights gained in the process.



RESEARCH

Evaluación de intervenciones de salud en Pacientes Pluripatológicos.

Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings

OPEN ACCESS

Susan M Smith associate professor of general practice¹, Hassan Soubhi adjunct professor of family medicine², Martin Fortin professor of family medicine³, Catherine Hudon associate professor of family medicine⁴, Tom O'Dowd professor of general practice⁵

¿Qué se sabe sobre este tema?

- Los pacientes pluripatológicos tienen peores resultados en salud que los que tienen una sola EC
- A pesar del creciente número de pacientes con PP la prestación de la atención es por lo general en torno a enfermedades específicas
- La evidencia existente sobre la eficacia de las intervenciones para mejorar los resultados en pacientes con PP es escasa

Lo que este estudio aporta

- Esta revisión identificó 10 ensayos clínicos, poniendo de manifiesto la **escasez de investigación** en intervenciones para mejorar los resultados en salud de los PP
- Hasta la fecha se han centrado en condiciones de comorbilidad o pluripatológico en pacientes de **edad avanzada**
- La revisión indica que las intervenciones dirigidas tanto a procesos generales comunes como a problemas específicos de los pacientes PP, **puede ser eficaz**

Chronic disease self-
management support
(CDSMS)

AUTOCAUIDADO

1. MEJORAR LA SALUD

2. MEJORAR LA ATENCION
SANITARIA

3. MEJORAR LOS
RESULTADOS

SPECIAL COMMUNICATION

Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases Implications for Pay for Performance

Cynthia M. Boyd, MD, MPH

Jonathan Darer, MD, MPH

Chad Boulton, MD, MPH, MBA

Linda P. Fried, MD, MPH

Lisa Boulton, MD, MPH, MA

Albert W. Wu, MD, MPH

THE AGING OF THE POPULATION and the increasing prevalence of chronic diseases pose challenges to the development and application of clinical practice guidelines (CPGs). In 1999, 48% of Medicare beneficiaries aged 65 years or older had at least 3 chronic medical conditions and 21% had 5 or more.¹ Health care costs for individuals with at least 3 chronic conditions accounted for 89% of Medicare's annual budget.¹ Comorbidity is associated with poor quality of life, physical disability, high health care use, multiple medications, and increased risk for adverse drug events and mortality.^{2,4} Optimizing care for this population is a high priority.³

Clinical practice guidelines are based on clinical evidence and expert consensus to help decision making about treating specific diseases.⁵ Clinical practice guidelines help to define standards of care and focus efforts to improve quality.^{7,8} Most CPGs address single diseases in accordance with modern medicine's focus on disease and pathophysiology.⁹ However, physi-

Context Clinical practice guidelines (CPGs) have been developed to improve the quality of health care for many chronic conditions. Pay-for-performance initiatives assess physician adherence to interventions that may reflect CPG recommendations.

Objective To evaluate the applicability of CPGs to the care of older individuals with several comorbid diseases.

Data Sources The National Health Interview Survey and a nationally representative sample of Medicare beneficiaries (to identify the most prevalent chronic diseases in this population); the National Guideline Clearinghouse (for locating evidence-based CPGs for each chronic disease).

Study Selection Of the 15 most common chronic diseases, we selected hypertension, chronic heart failure, stable angina, atrial fibrillation, hypercholesterolemia, diabetes mellitus, osteoarthritis, chronic obstructive pulmonary disease, and osteoporosis, which are usually managed in primary care, choosing CPGs promulgated by national and international medical organizations for each.

Data Extraction Two investigators independently assessed whether each CPG addressed older patients with multiple comorbid diseases, goals of treatment, interactions between recommendations, burden to patients and caregivers, patient preferences, life expectancy, and quality of life. Differences were resolved by consensus. For a hypothetical 79-year-old woman with chronic obstructive pulmonary disease, type 2 diabetes, osteoporosis, hypertension, and osteoarthritis, we aggregated the recommendations from the relevant CPGs.

Data Synthesis Most CPGs did not modify or discuss the applicability of their recommendations for older patients with multiple comorbidities. Most also did not comment on burden, short- and long-term goals, and the quality of the underlying scientific evidence, nor give guidance for incorporating patient preferences into treatment plans. If the relevant CPGs were followed, the hypothetical patient would be prescribed 12 medications (costing her \$406 per month) and a complicated nonpharmacological regimen. Adverse interactions between drugs and diseases could result.

Conclusions This review suggests that adhering to current CPGs in caring for an older person with several comorbidities may have undesirable effects. Basing standards for quality of care and pay for performance on existing CPGs could lead to inappropriate judgment of the care provided to older individuals with complex comorbidities and could create perverse incentives that emphasize the wrong aspects of care for this population and diminish the quality of their care. Developing measures of the quality of the care needed by older patients with complex comorbidities is critical to improving their care.

JAMA. 2005;294:716-724

www.jama.com

¿EVALUAMOS LOS PROGRAMAS?



ELSEVIER

Social Science & Medicine 64 (2007) 1832–1841

SOCIAL
SCIENCE
—&—
MEDICINE

www.elsevier.com/locate/socscimed

Evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) among chronically ill older people in the Netherlands

Henrike Elzen*, Joris P.J. Slaets, Tom A.B. Snijders, Nardi Steverink

University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands

Available online 13 March 2007

¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES?

THE LANCET

Search for

in All Fields

GO

Advanced

[Home](#) | [Journals](#) | [Specialties](#) | [Clinical](#) | [Global Health](#) | [Audio](#) | [Conferences](#) | [Information for](#) | [Feedback](#)

The Lancet, Early Online Publication, 10 May 2012

doi:10.1016/S0140-6736(12)60482-6 [Cite or Link Using DOI](#)

Multimorbidity: redesigning health care for people who use it

[Chris Salisbury](#) 

Over the past decade, multimorbidity—the existence of several chronic health disorders in one individual—has generated increasing interest. In *The Lancet*, findings from Karen Barnett and colleagues' study ¹ add to the evidence that patients with multimorbidity are the norm rather than the exception. ^{2, 3} Management of patients with several chronic diseases is now the most important task facing health services in developed countries, which presents a fundamental challenge to the single-disease focus th ...



Diario de Sevilla. Noticias de Sevilla y su Provincia » Salud » Salud » Entre la enredadera y el árbol

SANIDAD PÚBLICA · LOS ENFERMOS PLURIPATOLÓGICOS, NUEVOS PROTAGONISTAS DE LA POLÍTICA SANITARIA ANDALUZA

Entre la enredadera y el árbol

El SAS se reorienta hacia la atención a los pacientes crónicos ante el desafío demográfico y el nuevo perfil asistencial.

ALFONSO PEDROSA / SEVILLA | ACTUALIZADO 17.05.2012 - 11:28

0 comentarios 0 votos

Twitter 0

COMPARTIR

Hace poco, un informe del Fondo Monetario Internacional (FMI) identificaba al envejecimiento demográfico como uno de los grandes lastres para la competitividad de los países. La gente vive demasiado, parecía decir. Independientemente de que pueda haber alguna duda razonable sobre la lucidez de los redactores del informe del FMI al respecto, es innegable que cada vez hay más mayores. Cada vez somos más mayores. Y eso está empezando a notarse más allá de lo anecdótico en la asistencia sanitaria. Tanto, que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) se está viendo abocado a reorientar el rumbo de sus pesadas organizaciones desde un modelo centrado en la respuesta a las situaciones agudas, que requieren una intervención corta y de elevada intensidad, a otro en el que el protagonista es el esfuerzo integral y continuado. Quizá



¿ QUE PASA EN NUESTROS HOSPITALES Y CONSULTAS?

2002

ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

AUTORES EDICIÓN 2007:

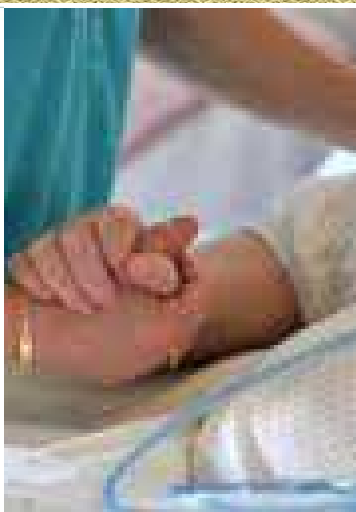
Manuel Ollero Baturone (Coordinador); Margarita Álvarez Tello; Bosco Barón Franco; Máximo Bernabéu Wittel; Assumpta Codina Lanaspá, Antonio Fernández Moyano, Eva Garrido Porras, M^a Angeles Ortiz Camúñez, Julio Rojas García de Paso, Alberto Romero Alonso, Susana Romero Carmona, Reyes Sanz Amores.

COLABORACIONES:

José Manuel Cabrera Rodríguez; Eduardo Gómez Camacho; Miguel Melguizo Jiménez; Alberto Ruiz Cantero; Carlos San Román Terán.

AUTORES EDICIÓN 2002:

Manuel Ollero Baturone (Coordinador); José Manuel Cabrera Rodríguez; María Dolores García Márquez; Eduardo Gómez Camacho; Miguel Melguizo Jiménez; Matilde de Ossorno Almécija; Emilio Pujol de la Llave; Fermín Quesada Jiménez; Alberto Ruiz Cantero; Carlos San Román Terán; Ernesto de Villar Conde.



CATEGORÍA A

- ☐ A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA¹ (síntomas con actividad física habitual)
- ☐ A.2. Cardiopatía isquémica

CATEGORÍA B

- ☐ B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
- ☐ B.2. Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en varones, >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria², mantenidos durante 3 meses

CATEGORÍA C

- ☐ C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con: disnea grado II de la MRC³ (disnea a paso habitual en llano), ó FEV1 <65%, ó SaO2 ≤ 90%

CATEGORÍA D

- ☐ D.1. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
- ☐ D.2. Hepatopatía crónica con hipertensión portal⁴

CATEGORÍA E

- ☐ E.1. Ataque cerebrovascular
- ☐ E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)
- ☐ E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)

CATEGORÍA F:

- ☐ F.1. Arteriopatía periférica sintomática
- ☐ F.2. Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa ó neuropatía sintomática

CATEGORÍA G:

- ☐ G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas entre sí más de tres meses
- ☐ G.2. Neoplasia sólida ó hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa

CATEGORÍA H:

- ☐ H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)

NUMERO DE CATEGORIAS DE INCLUSION: 2-3-4-5-6-7-8



Implantación del Plan de Asistencia Continuada a Pacientes Pluripatológicos. Impacto sobre la evolución natural de la enfermedad, el deterioro funcional y la calidad de vida.

JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD

REFORMULACIÓN DE LA SOLICITUD	
A. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN.	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD SOLICITANTE: Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla	CIF/NIF: G-41918833
B. DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.	
IMPORTE TOTAL DEL PRESUPUESTO: 24.000,00 €	
Nº EXP. PI-0131	INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Dº. Dolores Nieto Martin
TÍTULO DEL PROYECTO: Impacto. Implantación del Plan de Asistencia Continuada A Pacientes Pluripatológicos. Impacto Sobre la Evolución Natural de la Enfermedad, el Deterioro Funcional y la Calidad de Vida.	



Investigador Ppal.: NIETO MARTIN, MARIA DOLORES Expte: PI09/90728
Centro realización: HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO
Centro solicitante: FUNDACION PUBLICA ANDALUZA PARA LA GESTION DE LA INVESTIGACION EN SALUD EN SEVILLA



Título del proyecto:

IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ASISTENCIA CONTINUADA A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. IMPACTO SOBRE LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD, EL DETERIORO FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA. PROYECTO IMPACTO

Duración (años): 2

ANUALIDAD	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
Personal	0	0	0	
Bienes y Servicios	27.000	2.000	0	
Viajes y Dietas	0	2.000	0	
Subtotal	27.000	4.000	0	31.000,00
21 % gastos generales	5.670,00	840,00	0,00	6.510,00
TOTAL	32.670,00	4.840,00	0,00	37.510,00

2. RESULTADOS DEL PROYECTO IMPACTO

NO PUBLICADOS



1. CARACTERIZAR A LA MUESTRA

- 420 pacientes incluidos.
- Edad media: 77,25 años (DE 8,926)
- 219 (52,6%) hombres.
- Número de categorías de PP: 2.99 (DE 1)
 - la más frecuente A1 (insuficiencia cardiaca): 277 pacientes (65,8%)
- Necesidad de cuidador: 209 pacientes (50,2%) .
- Barthel: 58,57 (DE 30,97)
- Charlson: 3.99 (DE 2,22)
- Mortalidad global de la cohorte: 35,5% (N=149).

Número de otras comorbilidades por paciente: 4.29 ± 1.97

DATOS analíticos:

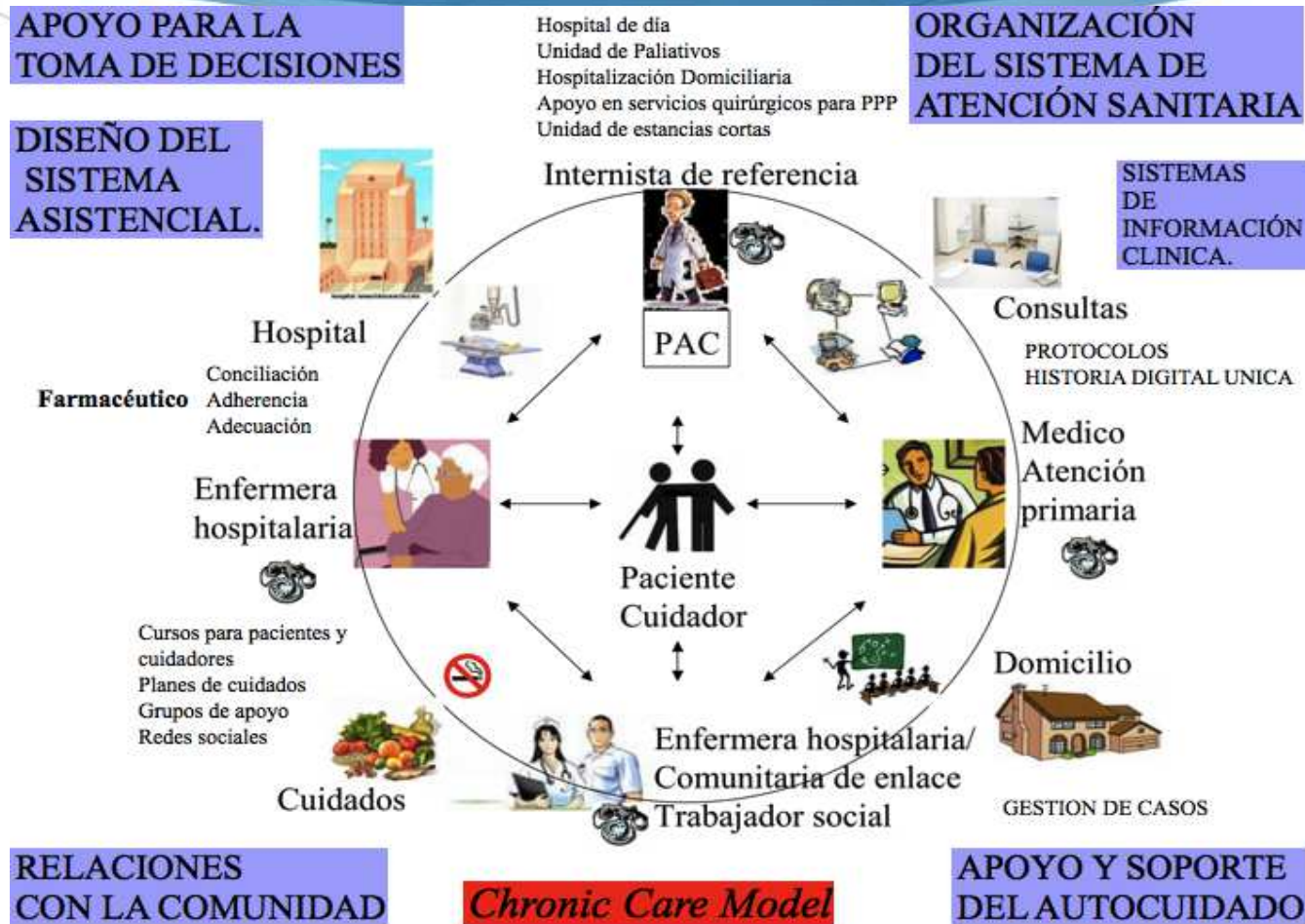
Hemoglobina media:
 $11.4\text{g/dL} \pm 1.9$

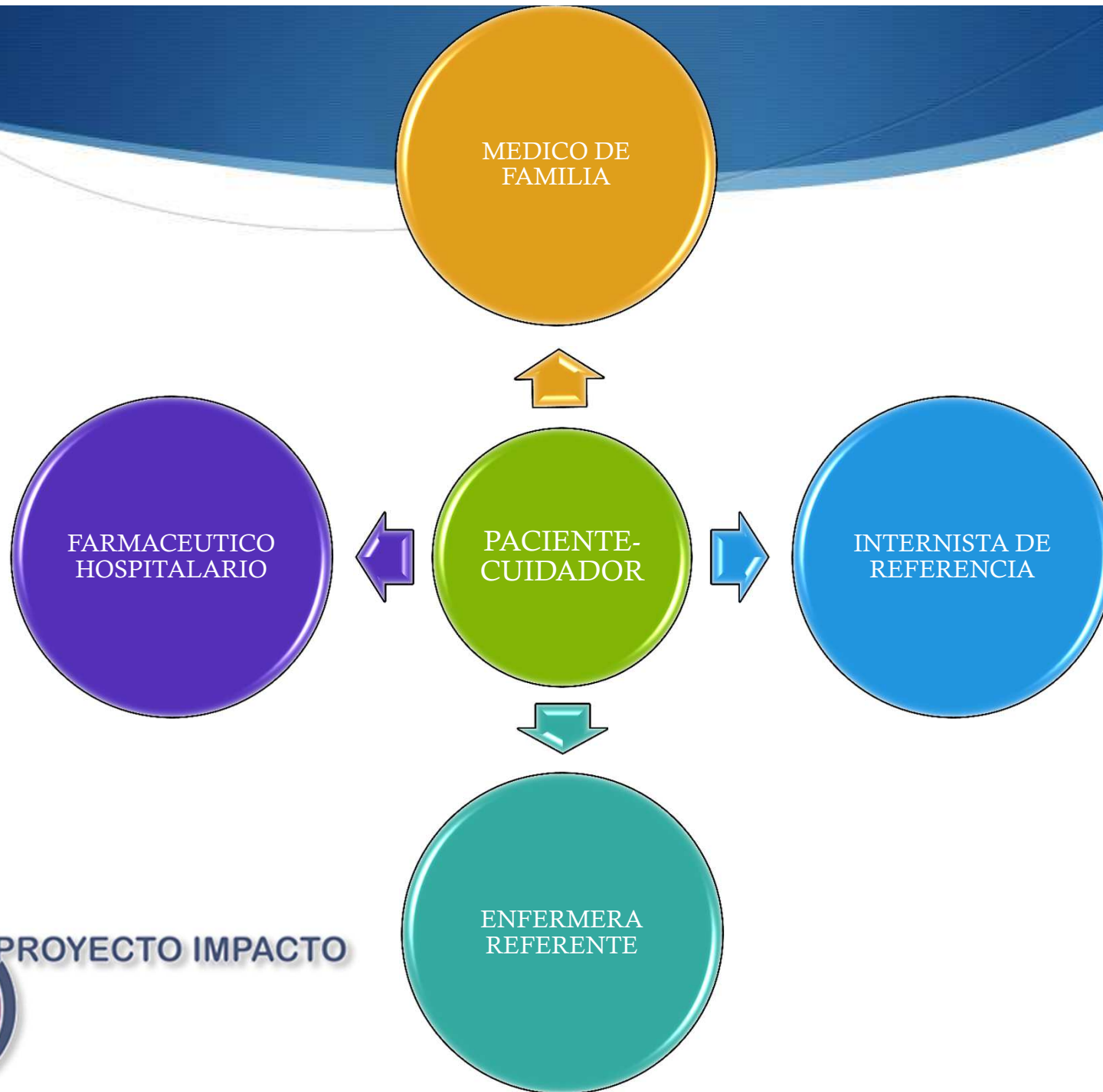
HbA1c: $7.22\% \pm 1.6$

Albúmina plasmática:
 $3.23\text{g/dL} \pm 0.66$

Prescripción crónica de
10 ó más fármacos:
69.4%.

2. CARACTERIZAR EL MODELO DE INTERVENCION





Evaluación de intervenciones de salud en Pacientes Pluripatológicos.

Registro de intervenciones

MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. **Estratificación del riesgo** para planificar el seguimiento.
2. **Evaluación integral, incluyendo clínica, funcional** (Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody), cognitiva (Cuestionario de Pfeiffer), sociofamiliar (Escala de Gijón).

INTERNISTA DE REFERENCIA

3. Visita programada **15 días siguientes a la inclusión** en el estudio.
4. Elaborar un **plan terapéutico** personalizado.
5. Disponibilidad por parte IR de **ingresos programados**.
6. **Atención en consulta especializada** por parte del IR.

ENFERMERA HOSPITALARIA/PRIMARIA/GESTORA DE CASOS

7. Elaborar un **plan de cuidados** personalizado.
8. **Cursos** para pacientes PP y cuidadores.

FARMACEUTICO HOSPITALARIO

9. Evaluar el nivel de **adherencia** al tratamiento en el momento de la inclusión y transcurrido un año.
10. Aplicar algunas de las **medidas** descritas sobre la **adherencia** al tratamiento.
11. **Evaluar la adecuación y conciliación** del tratamiento en el momento de la inclusión del paciente.

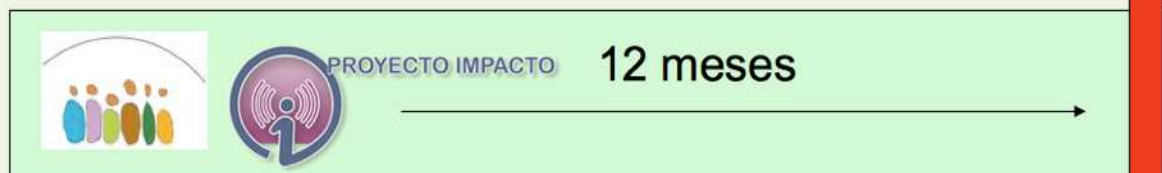


3. APLICAR EL MODELO DE INTERVENCION

Evaluación de intervenciones de salud
en Pacientes Pluripatológicos.

El diseño que se ha elegido ha sido el **ensayo cuasiexperimental abierto tipo antes-después**

BRAZO DE INTERVENCIÓN, reclusión prospectiva

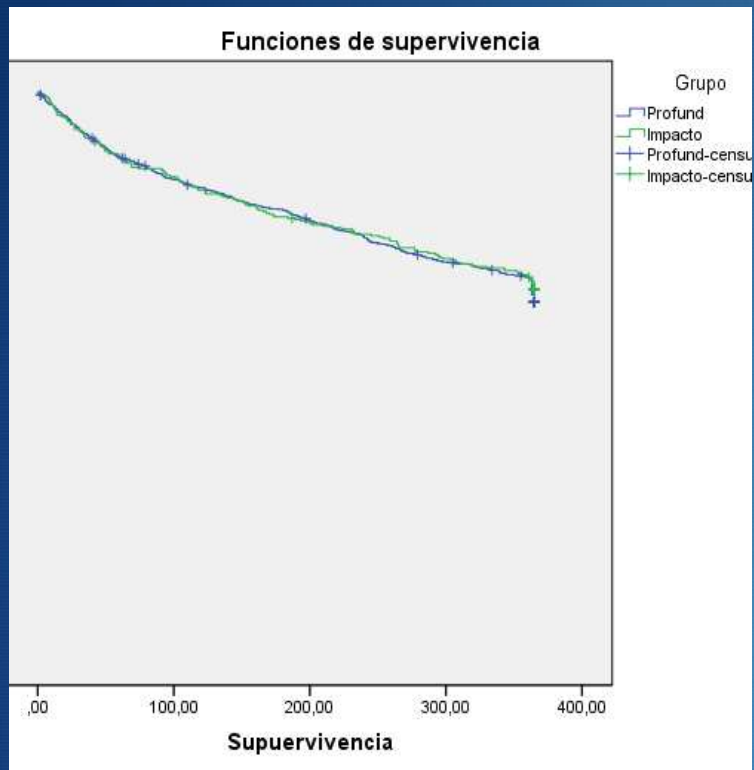


Cohorte prospectiva multicéntrica de 420 pacientes

BRAZO COMPARADOR (estándar asistencial previo)



Cohorte prospectiva PROFUND
de pacientes pluripatológicos,
1.632 pacientes de 36 hospitales españoles



Objetivo 1. Eficacia
Primaria:
mortalidad
12meses

GRUPO	TOTAL	EVENTOS(%)
PROFUND	567/1525	37,2%
IMPACTO	147/419	35,1%

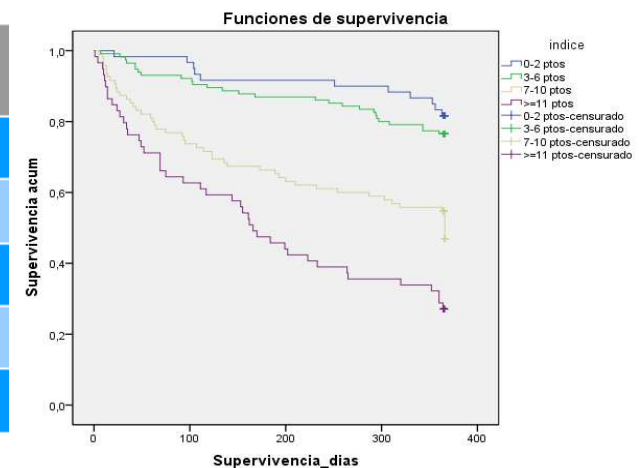
NO HUBO DIFERENCIAS
SIGNIFICATIVAS

INDICE PROFUND

predecir-orientar recursos

INDICE PROFUND	Sujetos (n = 329) IMPACTO	Mortalidad observada % (n)
0-2 PUNTOS	60	18,3 (11)
2-6 PUNTOS	115	25,2 (29)
7-10 PUNTOS	95	45,3 (43)
>= 11 PUNTOS	59	72,9% (43)

CUARTIL DE RIESGO	COHORTHE DE DERIVACION	COHORTE DE VALIDACION
PRIMER CUARTIL (0-2)	12,8%	14,6%
SEGUNDO CUARTIL (3-6)	24,1%	24,4%
TERCER CUARTIL (7-10)	44,8%	46,6%
CUARTO CUARTIL (11 ó >)	67,9%	61,3%
Hosmer-Lemeshow test	p = 0,432	p = 0,063





AUGUST 2010

Issues in International Health Policy

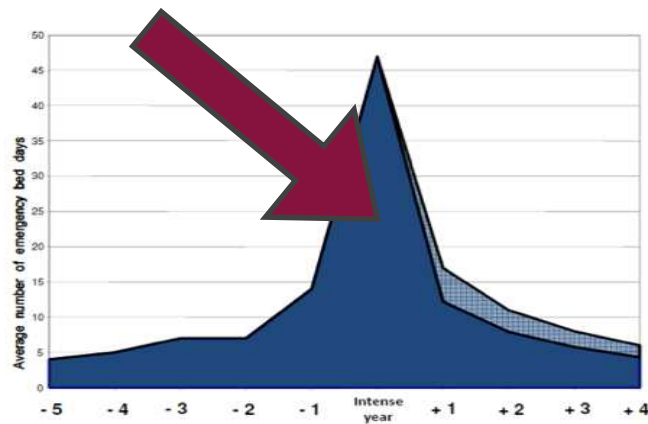
Predictive Modeling in Action: How 'Virtual Wards' Help High-Risk Patients Receive Hospital Care at Home

GERAINT LEWIS
THE NUFFIELD TRUST

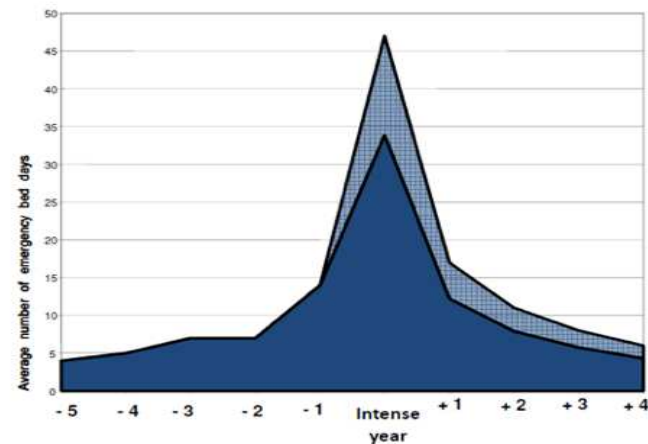
The innovation addressed the goals of a number of national initiatives, including policies to:

- improve care for people with chronic conditions;
- integrate health and social services ("horizontal integration") and foster closer links between primary and secondary care ("vertical integration");
- improve value for money spent on health care by reducing emergency hospitalizations; and
- reduce health care disparities (by using a predictive algorithm in which deprivation is one of the independent variables).

Regression to the mean



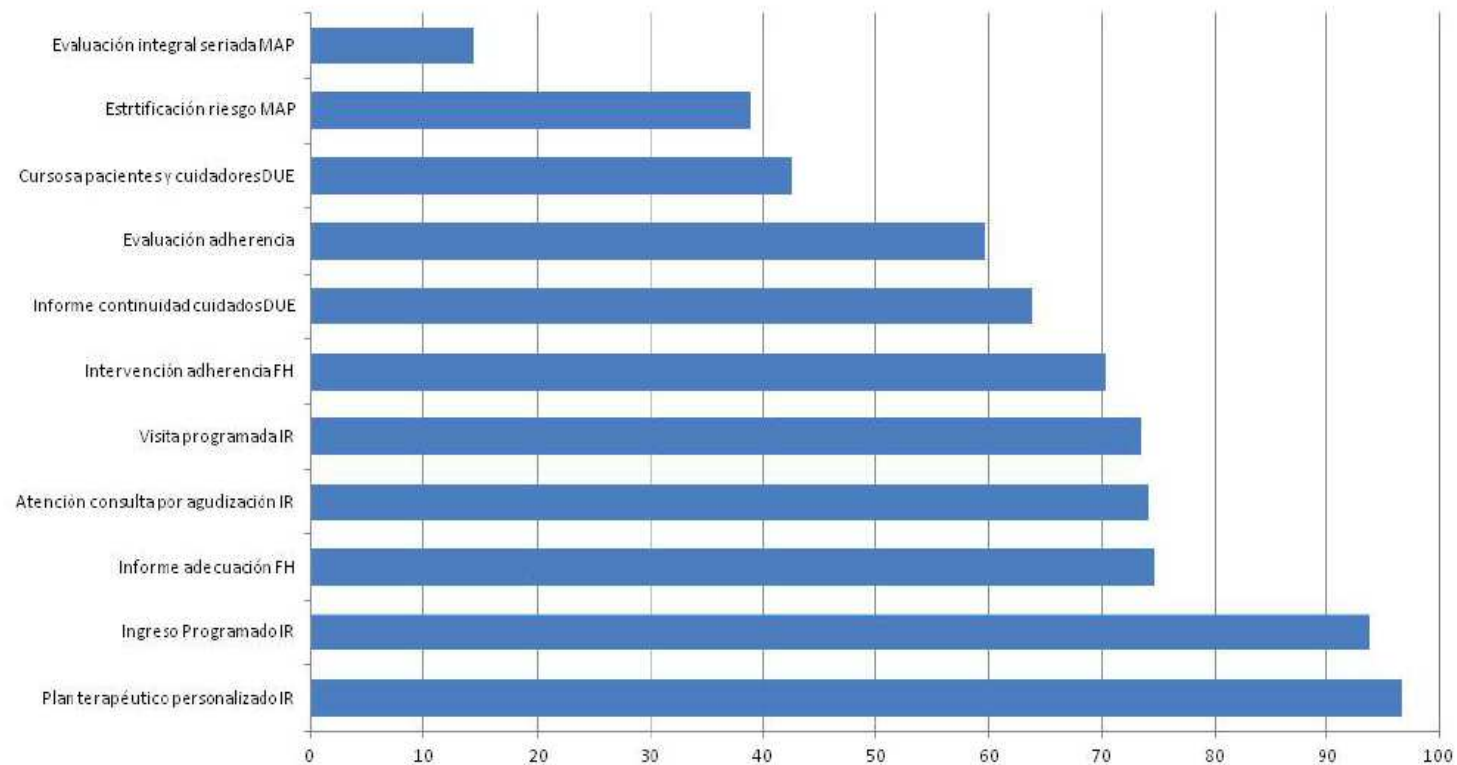
Emerging Risk



**ACTUAR ANTES PARA TENER
IMPACTO**

Analizando las intervenciones

PORCENTAJE DE REALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PROGRAMADAS



ANALISIS DE RESULTADOS

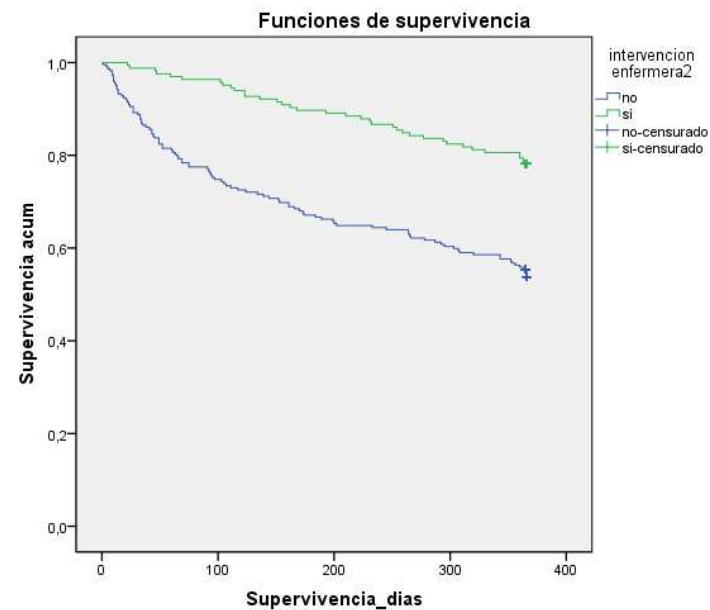
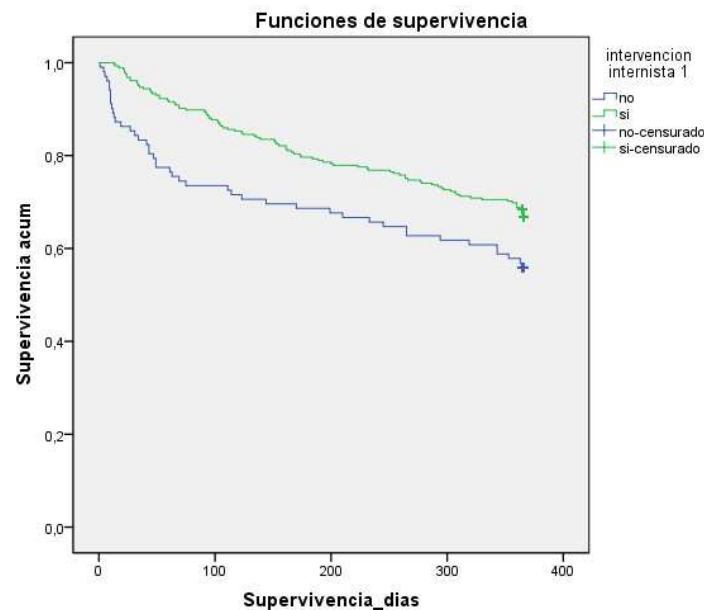
Variable			Resultado de Log Rank test	
	F/C (Sí)	F/C (No)	Chi-square	p-value
Sexo paciente (Hombre: Sí)	65/154	80/117	4.665	0.031
Edad mayor de 80 (Sí/No)	89/102	59/170	18.998	<0.0001
MAP1_v2: estratificación de riesgo	54/97	82/154	0.039	0.844
MAP2_v2: valoración integral	14/42	122/209	3.196	0.074
IR1_v2: visita programada a los 15 días	91/194	45/57	6.855	0.009
IR2_v2: plan terapéutico personalizado	128/246	8/5	7.439	0.006
IR3_v2: disponibilidad ingreso programado	126/237	10/14	1.006	0.316
IR4_v2: atención en caso de necesidad	89/198	47/53	10.007	0.002
DUE1_v2: Informe continuidad personalizado	90/157	46/94	0.438	0.508
DUE2_v2: cursos para pacientes y cuidadores	36/129	100/122	25.101	<0.0001
FARMA1_v2: evaluar nivel de conciliación	86/145	50/106	1.002	0.317
FARMA2_v2: aplicar medidas de adherencia	101/171	35/80	1.131	0.288
FARMA3_v2: adecuación del tto. en inclusión	105/184	31/67	0.514	0.473

Se implementa la prueba de Log Rank test para comparan las Supervivencia de distintas variables categóricas, como el Sexo y la Edad dicotomizada (<80 , ≥ 80) pero sobre todo para comprobar diferencias en las supervivencias de las intervenciones realizadas.

ANALIZANDO LAS INTERVENCIONES

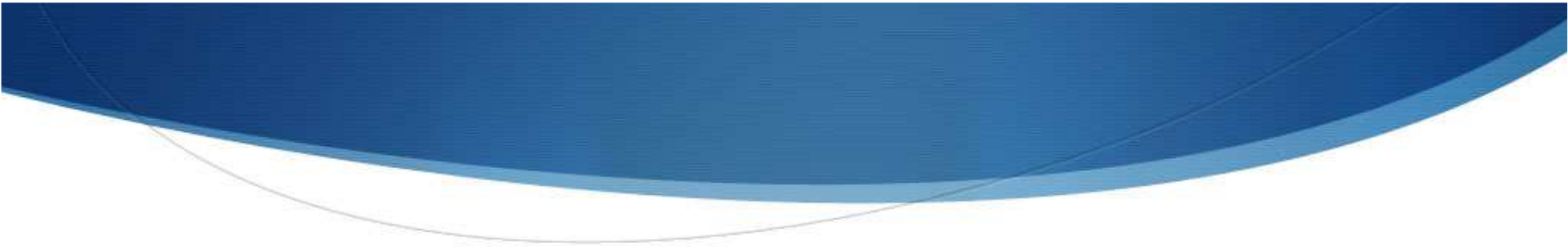
**VISITA PROGRAMADA
A LOS 15 DIAS POR EL
INTERNISTA DE
REFERENCIA**

**TALLERES PARA
PACIENTES Y
CUIDADORES**



**Modelo Regresión Cox con DUE2 & IR1, ajustando por edad , sexo e índice PROFUND.
(N=316).**

Variables	Sig.	Exp (B)	95% IC para Exp(B)		Categoría de referencia
			inferior	superior	
SEXO	,455	,863	,585	1,271	Mujer vs varón
EDAD	,046	1,023	1,000	1,046	
IR-1	,007	1,701	1,160	2,495	NO vs SI
DUE-2	,000	2,834	1,900	4,226	NO vs SI
PROFUND	,000	1,136	1,089	1,186	
PROFUND (1)	,387	1,371	,671	2,805	PROFUND1 vs 0
PROFUND (2)	,001	3,206	1,632	6,300	PROFUND2 vs 0
PROFUND (3)	,000	5,091	2,545	10,184	PROFUND3 vs 0



- Los sujetos que NO realizaron la visita programada a los 15 días (IR-1) tuvieron **un riesgo de morir 70%** (HR=1.701) más alto que los sujetos que SI, a lo largo de los 12 meses

- Los sujetos que NO recibieron los talleres para pacientes-cuidador (DUE-2) tuvieron un riesgo de morir **2.8 veces** (HR=2.834) más alto que los pacientes que SI lo han realizado

OBJETIVO 2. COMPARAR RESULTADOS EFICACIA SECUNDARIA

	12 meses PREVIOS	Tras intervención (12 meses)	p
Número ingresos	1,63 DE1,3	0,96 DE1,76	<0,001
EXCLUYENDO PACIENTES FALLECIDOS (PARA EVITAR SESGOS)			
Número de ingresos	1,53 DE1,27	0,78 DE1,23	<0,001
Días de ingreso	14,46 DE15,43	7,0 DE12,74	<0,001

MEDIA DE
INGRESOS
PROFUND 1,86

REDUCCION A LA MITAD EL NUMERO DE INGRESOS Y LOS DIAS DE INGRESOS A LOS 12M

DETERIORO FUNCIONAL 12 MESES

International Journal of Gerontology 6 (2012) 68–74



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

International Journal of Gerontology

journal homepage: www.ijge-online.com



Original Article

Functional Decline Over 1-year Follow-up in a Multicenter Cohort of Polypathological Patients: A New Approach to Functional Prognostication

Máximo Bernabeu-Wittel^{*,†}, Manuel Ollero-Baturone[†], Alberto Ruiz-Cantero[†], Lourdes Moreno-Gaviño[†], Bosco Barón-Franco[†], Aurelio Fuertes[†], José Murcia-Zaragoza[†], Carmen Ramos-Cantos[†], Antonio Alemán[†], on behalf of PROFUND Researchers

^{*}Internal Medicine Department, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

INDICE BARTHEL	BASAL n/ MEDIA (DE)	12 MESES n/ MEDIA (DE)
PROFUND	1525/ 85 (35)	958 / 70 (40)
IMPACTO	217 / 63,64 (29,9)	217 / 53,71 (39,6)
CAIDA MEDIA DEL BARTHEL	9,931 (36) (IMPACTO)	11,7 (24) (PROFUND)

Comparación de medias de SF-12 basal y a los 12 meses de intervención

CUESTIONARIOS CVRS FS12	MEDIA	n	DE	SIGNIFICACION
FISICO BASAL	32,2	277	8,1	p = 0,056
FISICO 12MESES	33,3	277	9,4	
MENTAL BASAL	43,0	277	12,4	p = 0,000
MENTAL 12MESES	46,3	277	12,2	

MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA

Aproximándose media española >
75a = 47,62 (DE 9,69)



Son mas felices

RESULTADOS EN ADECUACION, ADHERENCIA Y CONCILIACION



Original article

Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions[☆]

Eva Rocío Alfaro Lara^{a,*}, María Dolores Vega Coca^a, Mercedes Galván Banqueri^a, Roberto Marín Gil^a, María Dolores Nieto Martín^b, Concepción Pérez Guerrero^c, Manuel Ollero Baturone^b, Bernardo Santos-Ramos^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

^b Unidad de Gestión Clínica Atención Médica Integral de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

^c Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Sevilla, Spain



European Journal of Internal Medicine

Volume 24, Issue 5, July 2013, Pages 420–424

Original article

Reliability of a questionnaire for pharmacological treatment appropriateness in patients with multiple chronic conditions[☆]

M. Galván-Banqueri^a, L. de la Higuera-Vilab, M.D. Vega-Coca^c, M.D. Nieto Martín^b, C. Pérez-Guerrero^d, B. Santos-Ramos^a

^a Pharmacy Department, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

^b Internal Medicine Department, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

^c Health Technology Assessment Service, Andalusian Agency for Health Technology Assessment, Sevilla, Spain

^d Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, University of Sevilla, Sevilla, Spain



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos

Mercedes Galván-Banqueri^{a,*}, Bernardo Santos-Ramos^a, María Dolores Vega-Coca^b, Eva Rocío Alfaro-Lara^a, María Dolores Nieto-Martín^c y Concepción Pérez-Guerrero^d

^a Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Sevilla, España

^c Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^d Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Sevilla, España



Vol. 45, Núm. 05, Mayo 2013

Documento Anterior - Documento Siguiente

doi: 10.1016/j.aprim.2012.11.010

Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos

Evaluation of the appropriateness of pharmacotherapy in patients with high comorbidity

Mercedes Galván-Banqueri^a, Ana Isabel González-Méndez^a, Eva Rocío Alfaro-Lara^a, María Dolores Nieto-Martín^b, Concepción Pérez-Guerrero^c, Bernardo Santos-Ramos^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

En esta revista

De la evidencia a la acción

VISITA PROGRAMADA A LOS
15 DIAS CON EL INTERNISTA
DE REFERENCIA



TALLERES PARA
PACIENTES Y CUIDADORES



Lista de participantes en el estudio IMPACTO.

Maximo Bernabeu Wittel(1), Angeles González Benitez (2), Miguel Angel Baron Ramos(2), María del Val Martín Sanz(1), Javier Galindo Ocaña(1), Juan Santos Morano(2), Laura de la Higuera Vila(1), Esperanza Montero(5), Miguel Angel Díaz Torres(1), Reyes Aparicio Santos(3), Maria Maiz Jimenez(2), Manolo Rincón Gómez(1), Carlos Hernández Quiles(1), Carlos Palacios Gomez(1), José Alejandro Medina García(6), Manolo Ollero Baturone(1), Diana Mendoza Giraldo(1), Carmen Aguilera Gonzalez(1), Rocío Fernández Ojeda(3), Jose Manuel Machin(4), Lourdes Moreno Gaviño(1), Aurora Ruz Zafra(2), Guarionex Uribarri Sanchez(4), Mariela Grana Costa(2), Manuel Méndez Bailon (7), Aránzazu Pereira Juliá (4), Carla Rivas Cobas (1) Antonio Javier Vallejo Vaz(1), Antonio Navarro(1), Jordi Forteza Rey(9), Natalia Teresa Costa Ferrer(8), Julia Praena Segorvía(1), Antonio Albarracín Arraigosa(2), José Murcia(10), Carolina Luque Amado(2), Jose Antonio Cuello Contreras(1), Monserrat Godoy Guerrero(2), Daniel Vicente Fuentes(11), Eva Alfaro Lara (1), M Dolores Vega Coca (1), Mercedes Galván Banqueri (1), Antonio Fernandez Moyano (3), Alberto Ruiz Cantero (2) y Bernardo Santos Ramos (1) y M Dolores Nieto Martín (1).

Hospitales participantes:

Hospitales Virgen del Rocío de Sevilla (1), Hospital de la Serranía (2), Ronda, Málaga, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (3), Sevilla, Hospital Universitario de Guadalajara (4), Hospital de Mendaro, Guipúzcoa (5), Hospital Ntra. Señora de Candelaria ,Sta. Cruz Tenerife(6), Hospital Infanta Leonor de Madrid (7), Hospital Can Misses de Ibiza(8), Hospital Universitario Son Espases (9), Hospital de la Vega Baja Orihuela (10), Alicante, Hospital General Universitario de Elche (11)

Financiación:

El estudio ha sido co-financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del ISCIII (PI09/90728) y por la Consejería de Salud Andaluza (PI0131/2009), ambos en sus convocatorias de 2009.

GRACIAS