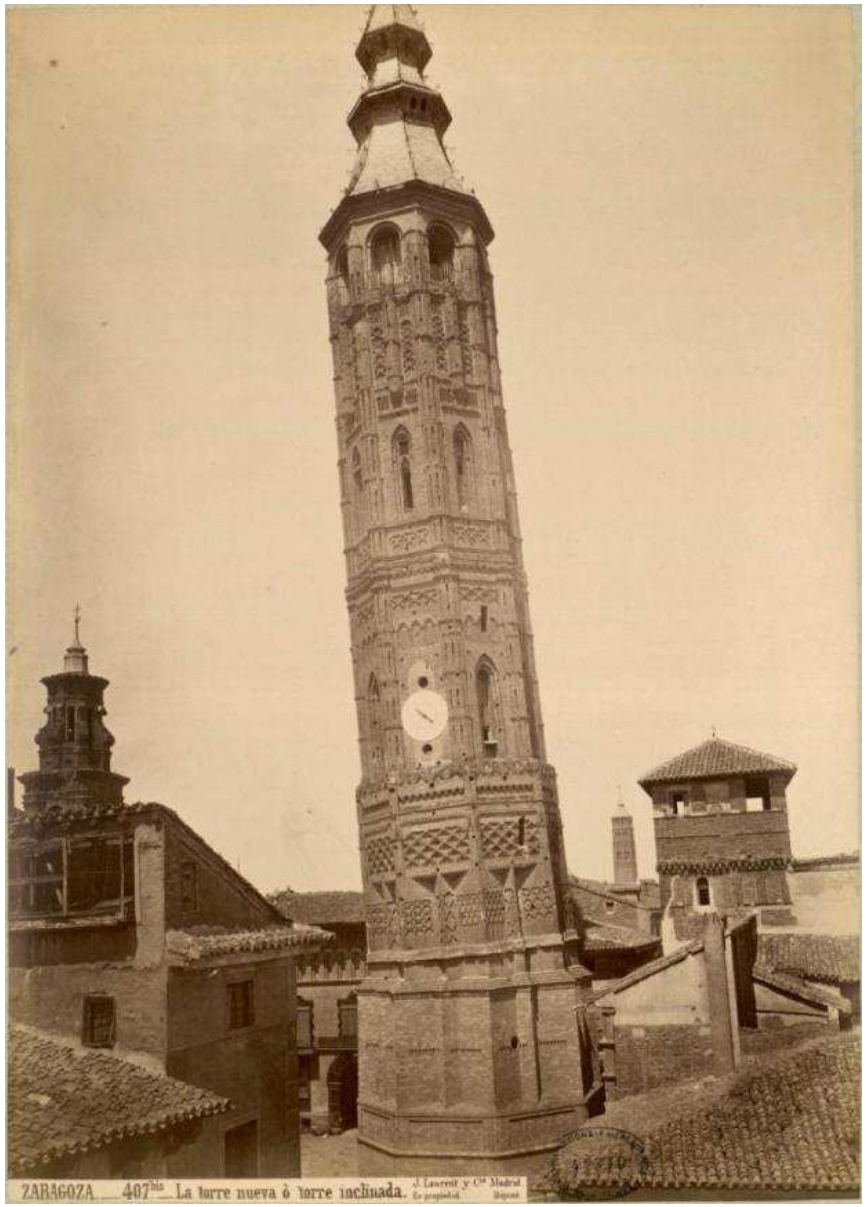

SEMI
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA
XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
Sociedad Murciana de Medicina Interna
SMI
19-21 de Noviembre de 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas. Murcia

XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad
Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

Abordaje terapéutico global del paciente con insuficiencia cardiaca

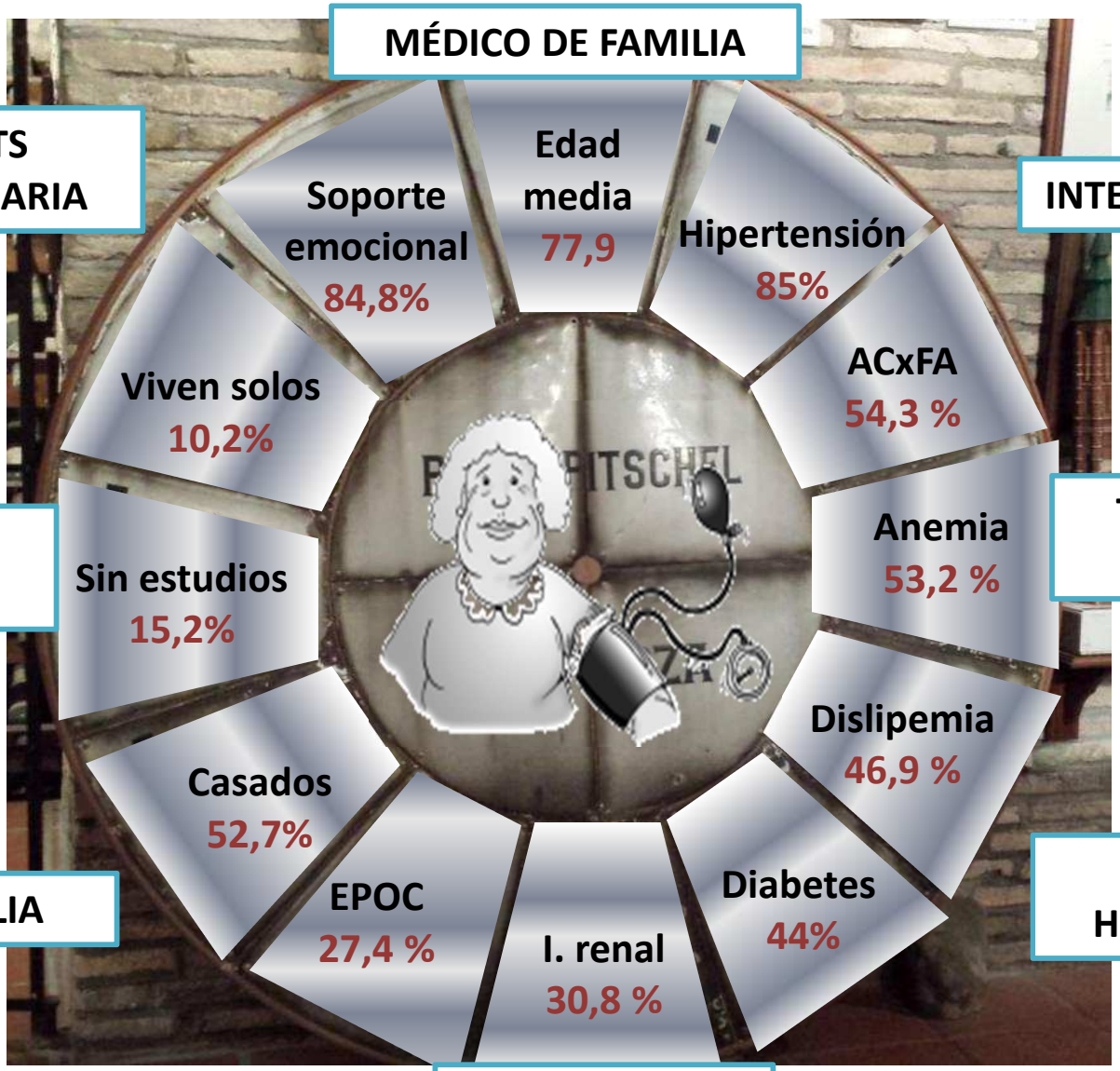
Fernando J. Ruiz Laiglesia
Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón


ZARAGOZA 407bis La torre nueva ó torre inclinada.


PABLO RITSCHEL
ZARAGOZA
12
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón



• Ruiz Laiglesia. Comorbidity in hearth failure. Results of the Spanish RICA Registry. QMJ in in press.
• Clemencia M. Eur J Heart Fail 2010; 12: 1372-78

REGISTRO RICA (2051 pacientes)

Nº DE COMORBILIDADES POR PACIENTE.

Índice de Charlson

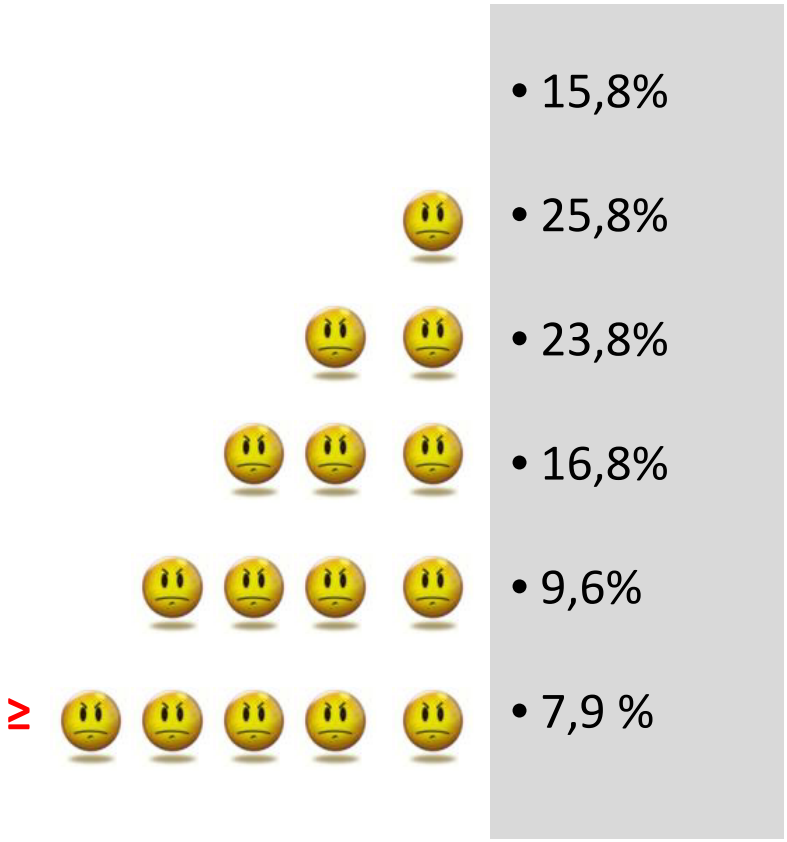


Table 2 Comorbidities frequency

Comorbidities (ChI)	N	%
Myocardial infarction *	452	22
Peripheral arterial disease	277	13.5
Cerebrovascular disease	276	13.5
Dementia	126	13,5
Chronic obstructive pulmonary disease *	562	27.4
Connective tissue diseases	88	4.3
Peptic ulcer	205	10
Mild liver disease	107	5.2
Diabetes *	909	44.3
Hemiparesis	36	1.7
Chronic renal impairment *	632	30.8
Diabetes with target-organ damage	416	20.3
Any tumor	227	11.1
Leukemia	20	1
Lymphoma,	17	0.8
Severe or moderate chronic liver disease	37	1.8
Metastatic solid tumors	18	0.9
AIDS	11	0.5
Other comorbidities		
Anemia[a]	1091	53.2
Hypertension *	1744	85
Obesity[b]	738	36
Dyslipidemia	962	46.9
Atrial fibrillation	1113	54.3

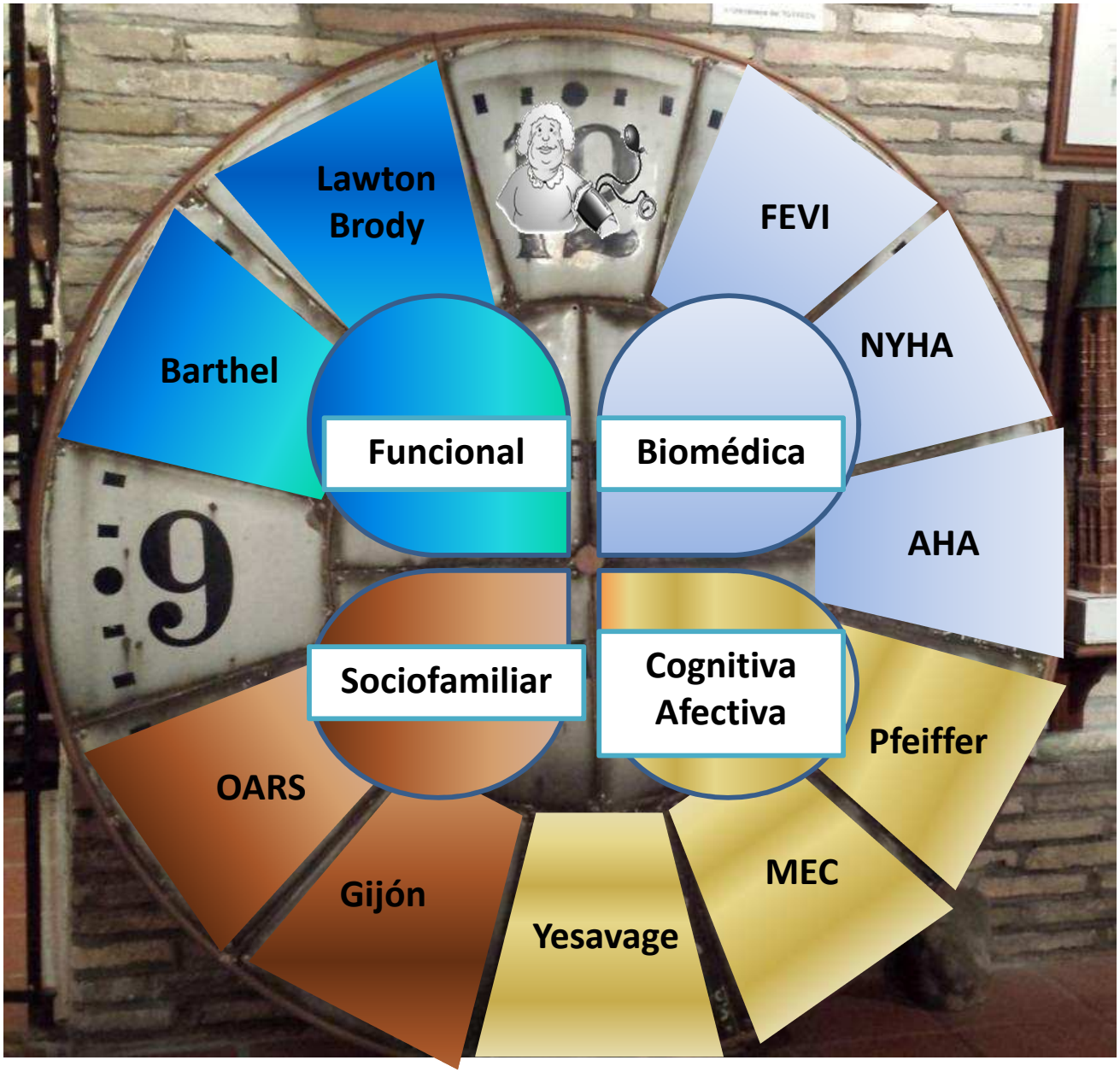
IIS Aragón Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

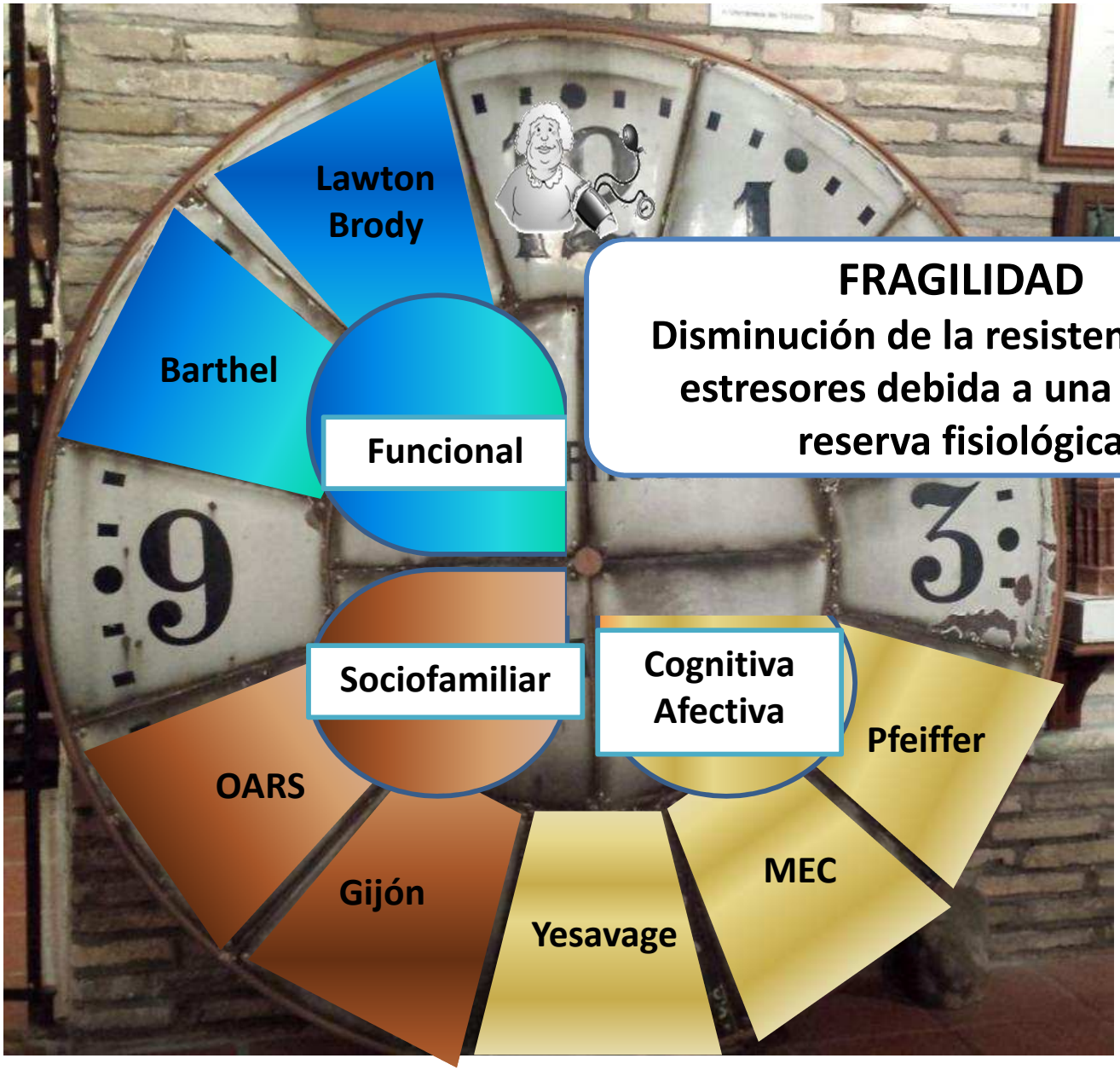
• Ruiz Laiglesia. Comorbibidity in hearth failure. Results of the Spanish RICa Registry. QMJ in in press.

Chronic Disease Defined by CCS Code	% Prevalence (n)
Essential hypertension *	55 (67,211)
Diabetes mellitus *	31 (38,175)
COPD and bronchiectasis *	26 (32,275)
Ocular disorders (retinopathy, macular disease, cataract, glaucoma)	24 (29,548)
Hypercholesterolemia	21 (25,219)
Peripheral and visceral atherosclerosis	16 (20,027)
Osteoarthritis	16 (19,929)
Chronic respiratory failure/insufficiency/ arrest or other lower respiratory disease excluding COPD/bronchiectasis	14 (17,610)
Thyroid disorders	14 (16,751)
Hypertension with complications and secondary hypertension	11 (13,732)
Alzheimer's disease/dementia	9 (10,839)
Depression/affective disorders	8 (9,371)
Chronic renal failure *	7 (8,652)
Prostatic hyperplasia	7 (8,077)
Intravertebral injury, spondylosis, or other chronic back disorders	7 (8,469)
Asthma	5 (6,717)
Osteoporosis	5 (6,688)
Renal insufficiency (acute and unspecified renal failure) *	4 (5,259)
Anxiety, somatoform disorders, and personality disorders	3 (3,978)
Cerebrovascular disease, late effects	3 (3,750)

Total # of noncardiac comorbidities		
0		5,122 (4)
1		12,360 (10)
2		18,204 (15)
3		19,961 (16)
4		18,599 (15)
5		15,029 (12)
6		11,283 (9)
7		7,860 (6)
8		5,418 (4)
9	38 %	3,383 (3)
10+		5,411 (4)

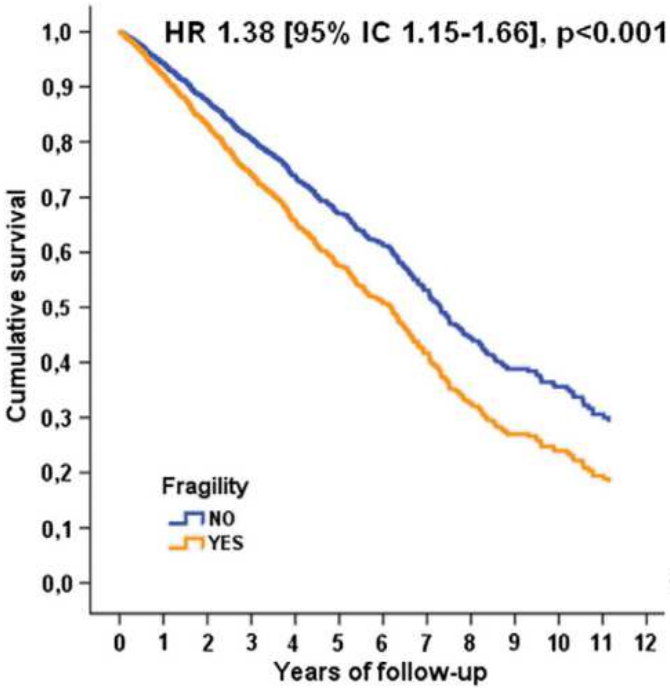
• Braunstein JB. JACC 2003; 42: 1226-33


Lawton
Brody
FEVI
Barthel
NYHA
Funcional
Biomédica
AHA
Sociofamiliar
Cognitiva
Afectiva
Pfeiffer
OARS
Gijón
Yesavage
MEC



FRAGILIDAD

Disminución de la resistencia a los estresores debida a una menor reserva fisiológica



La fragilidad es un riesgo independiente de muerte en los pacientes con insuficiencia cardiaca

Prevalence of abnormal geriatric scores.

Measurements	Total cohort $n = 1314$
Abnormal Barthel index	268 (20.4%)
Abnormal OARS scale	175 (13.3%)
Abnormal Pfeiffer test	69 (5.3%)
Depressive symptoms	412 (31.4%)
Fragility	581 (44.2%)

Abnormal Barthel index, <90; abnormal OARS scale, <10 in women and <6 in men; abnormal Pfeiffer test, >3 (±1, depending on educational grade); depressive symptoms, ≥1 positive response on Geriatric Depression Scale.

•Gastelurrutia P. Int J Cardiol 2014; 175: 62-66

HOLISMO

"Los sistemas deben ser analizados en conjunto y no sólo a través de las partes que lo componen"

REDUCCIONISMO

"Un sistema puede ser explicado mediante una reducción del mismo a las partes que lo componen"

XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

PRACTICE GUIDELINE

2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure

A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

• ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure . Eur Heart J 2012; 33: 1787-1847.
•2013 ACCF/AHA Gideline for the Management of Heart Failure. JACC 2013; 62: e147-239

XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

PRACTICE GUIDELINE

2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure

A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

9.4. Other Multiple Comorbidities

Although there are additional and important comorbidities that afflict patients with HF as shown in Table 31, how best to generate specific recommendations remains uncertain, given the status of current evidence.

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

• ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure . Eur Heart J 2012; 33: 1787-1847.
•2013 ACCF/AHA Gideline for the Management of Heart Failure. JACC 2013; 62: e147-239

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

PRACTICE GUIDELINE

2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure

A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC

Las comorbilidades empeoran el pronóstico del paciente con IC, aumentan los reingresos, la mortalidad y empeoran la calidad de vida

ANEMIA

•Corregir las causas.

•No datos concluyentes EPO

EPOC

•Bbloqueantes cardioselectivos seguros.

•Corticoides sistémicos pueden empeorar IC

DIABETES

•Metformina segura

•Glitazonas empeoran IC

INSUFICIENCIA RENAL

•IECAs/ARAII y AA

• No indicados eGFR<30 ml/min/1,7m^2 o Crp > 2,5 mg/dl

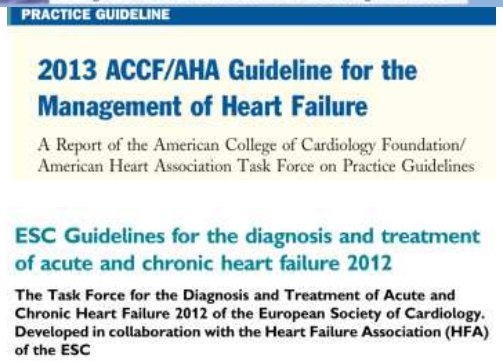
HIPERTENSIÓN

•IECAs/ARAII ttmo de elección.

•Diltiazen y verapamil no indicados en la FEVI reducida.

•Monoxidina aumenta la mortalidad.

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón



ALTERACIONES DEL SUEÑO/SAOS

- Test de detección
- La ventilación mecánica no invasiva

FERROPENIA

- Corregir hasta saturaciones de transferrina > 20%.

DEPRESIÓN

- Test de detección
- IRS seguros
- Tricíclicos emporan IC

PROGRAMAS DE CUIDADOS MULTIDISCIPLINARES

- Asegurar la continuidad asistencial.
- Procurar controles precoces tras el alta.
- Facilitar la atención en las reagudizaciones
- Fomentar los autocuidados.
- Optimizar el tratamiento.
- Valorar cuidados palitivos.

XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

ELSEVIER

European Journal of Heart Failure 9 (2007) 292–299

The European Journal of Heart Failure

www.elsevier.com/locate/ejheart

International variations in the treatment and co-morbidity of left ventricular systolic dysfunction: Data from the EuroHeart Failure Survey

Uni- and multivariable analysis of angiotensin converting:ker and spironolactone

	ACE inhibitors	Beta blockers	Spironolactone
Univariate analysis			
Age (increase per 10 years)	0.84 (0.79–0.89)	0.74 (0.70–0.78)	0.79 (0.75–0.84)
Male sex	1.43(1.21–1.69)	1.48 (1.28–1.72)	1.38 (1.18–1.63)
Coronary artery disease	1.17 (0.99–1.38)	1.81 (1.57–2.08)	0.67 (0.58–0.78)
Myocardial infarction	1.28 (1.09–1.50)	1.69 (1.48–1.92)	0.77 (0.67–0.89)
Arterial hypertension	1.38 (1.18–1.62)	1.13 (1.00–1.29)	0.71 (0.61–0.82)
Diabetes mellitus	1.07 (0.90–1.28)	1.09 (0.94–1.26)	0.96 (0.82–1.13)
Respiratory disease	0.75 (0.63–0.89)	0.46 (0.39–0.54)	0.97 (0.83–1.14)
Renal failure	0.53 (0.44–0.63)	0.61 (0.52–0.72)	0.84 (0.70–1.01)
Atrial fibrillation — total	0.85 (0.72–0.99)	0.64 (0.56–0.74)	1.25 (1.08–1.44)

XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad
Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

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 Boult, MD, MPH, MBA
Linda P. Fried, MD, MPH
Lisa Boult, MD, MPH, MA
Albert W. Wu, MD, MPH

JAMA, August 10, 2005—Vol 294, No. 6

Fortin et al. BMC Family Practice 2011, 12:74
http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/74

BMC Family Pra

RESEARCH ARTICLE Open Ac

Canadian guidelines for clinical practice: an analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity

Martin Fortin*, Eric Contant, Catherine Savard, Catherine Hudon, Marie-Eve Poitras and José Almirall

- Las GPC no ofrecen recomendaciones para pacientes con múltiples comorbilidades
- Las GPC no ofrecen evidencia científica para pacientes > 65 años.
- Raramente dan indicaciones para pacientes con tres o más comorbilidades.
- Su aplicación rígida:
  - Fomenta la polifarmacia
  - Fomenta los errores en la administración.
  - Aumenta los efectos adversos
  - Facilita las interacciones medicamentosas
  - Aumenta las hospitalizaciones
  - Da recomendaciones de vida insostenibles

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

IOM and DHHS Meeting on Making Clinical Practice Guidelines Appropriate for Patients with Multiple Chronic Conditions

Richard A. Goodman, Ann Fam Med 2014;256-259.

Circulation
JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

American Heart Association

AHA/ACC/HHS Strategies to Enhance Application of Clinical Practice Guidelines in Patients With Cardiovascular Disease and Comorbid Conditions: From the American Heart Association, American College of Cardiology, and US Department of Health and Human Services

Donna K. Arnett, Richard A. Goodman, Jonathan L. Halperin, Jeffrey L. Anderson, Anand K. Parekh and William A. Zoghbi

Circulation. 2014;130:1662-1667

- Integrar la comorbilidad
- Elaboración multidisciplinar
- Evidencia múltiple
- Valorar la aplicabilidad
- Orientadas al paciente
- Fomentando la coordinación entre proveedores de salud

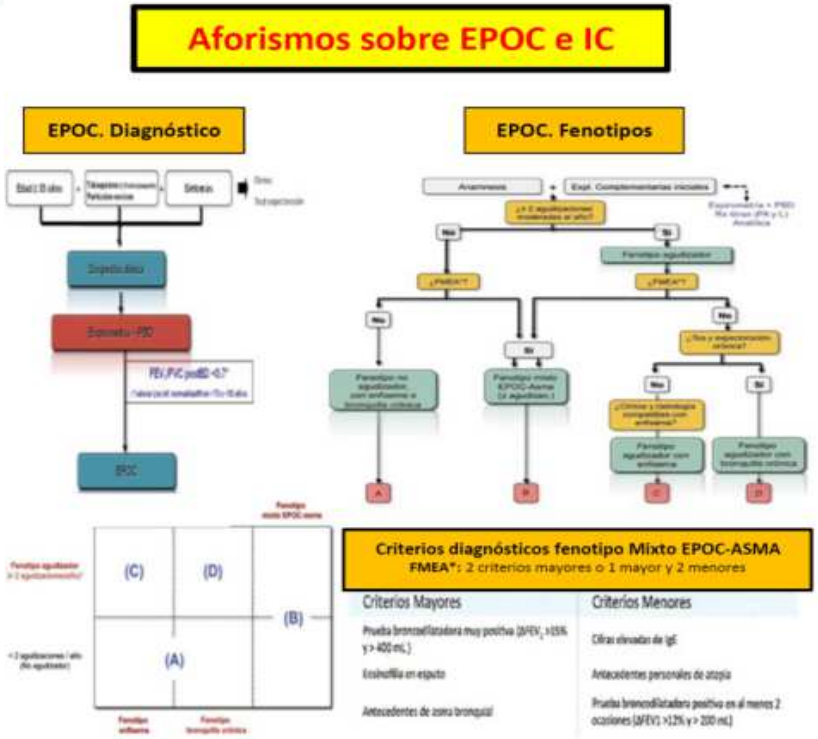
XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas
Murcia

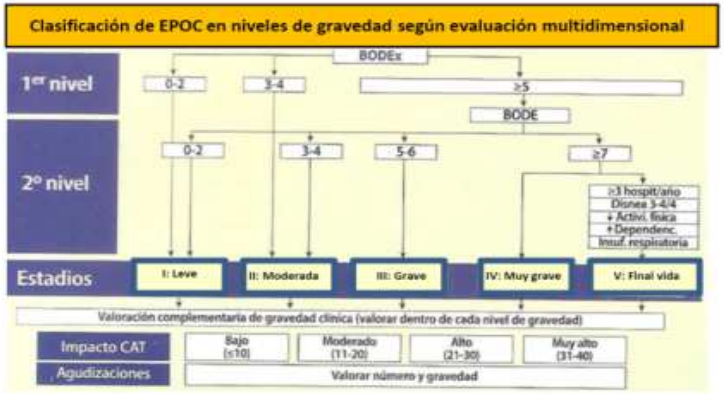
IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

Aforismos sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e Insuficiencia Cardíaca

Aphorisms about Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Heart Failure

Julio Montes[1,2], Fernando de la Iglesia[1,2], Emilio Casariego[1,2]
José Manuel Cerqueiro[2], José Alberto Fernández-Villar[3], Jaime Gonzálvez-Rey[4], José Luis Jiménez[2], Esperanza Moldes[4], Carlos Moral[4], Pilar Taladriz Cobas[5], Rosario Timiraos Carrasco[4], Alfonso Varela[6], Carmen Varela[5].
[1]Coordinador, [2]Internista, [3]Neumólogo, [4]Médico de Familia, [5]Enfermera, [6]Cardiólogo.





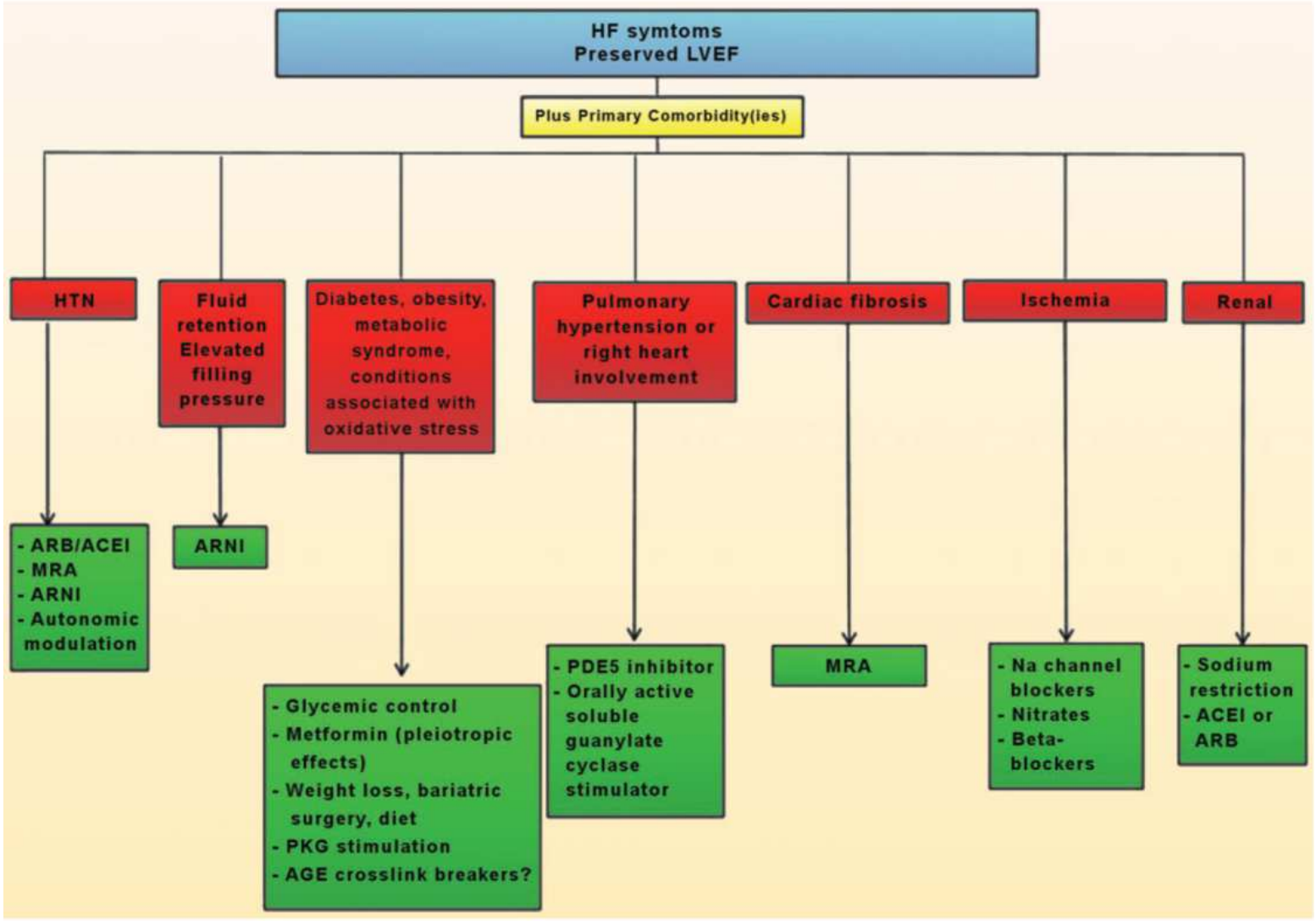
ÍNDICE BODEx[3]	0	1	2	3
FEV_1, %	≥65	50-64	36-49	≤35
Agudizaciones graves	0	1-2	≥3	
Disnea, mMRC	0-1	2	3	4
IMC	>21	≤21		

ÍNDICE BODE (sustituir agudizaciones graves por test 6 min)

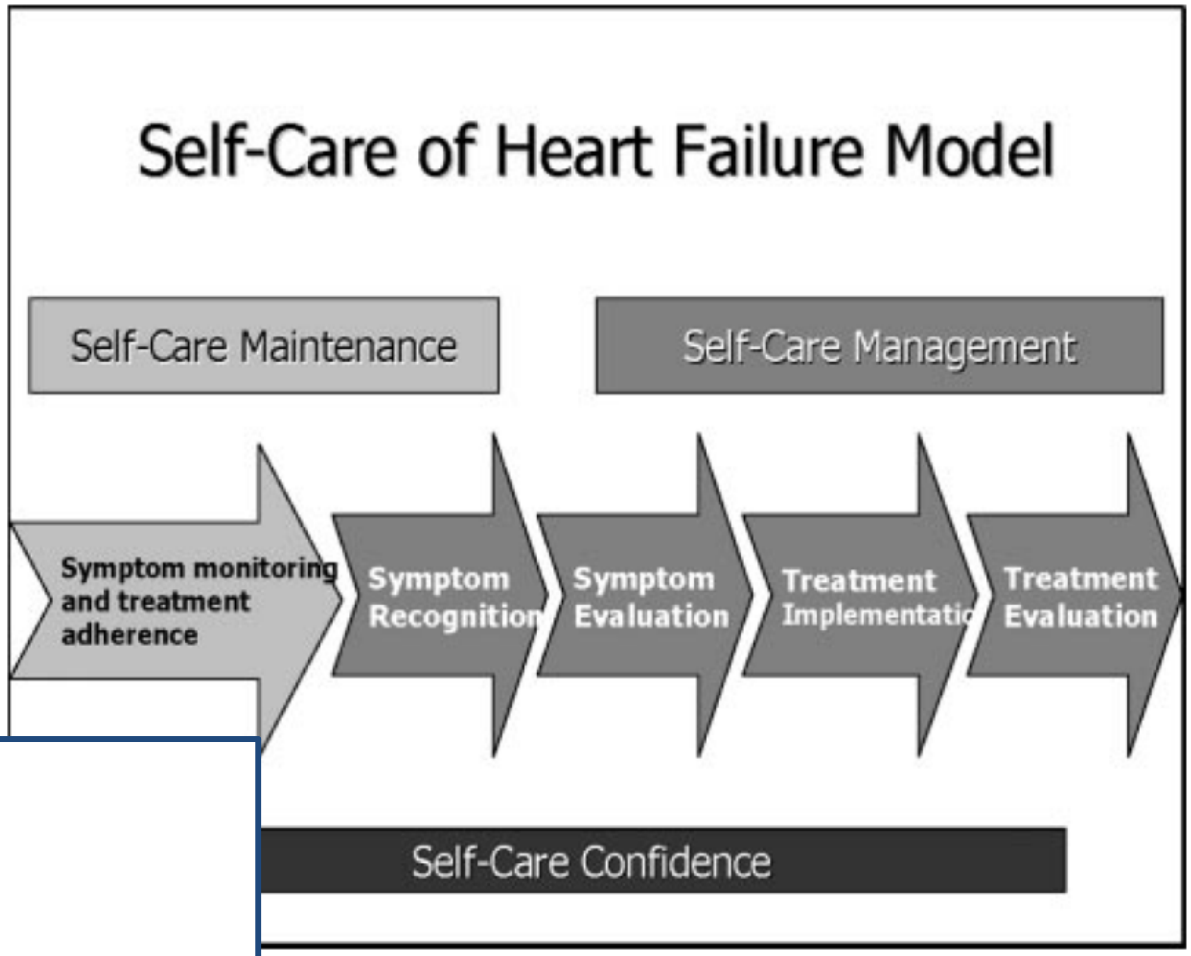
TM6M	≥350m	250-349m	150-249m	≤149m

• **Montes J. Galicia Clin 2013; 74: 111-4**

New strategies for heart failure with preserved ejection fraction: the importance of targeted therapies for heart failure phenotypes



• Senni M. Eur Heart J 2014; 35: 2797-2811

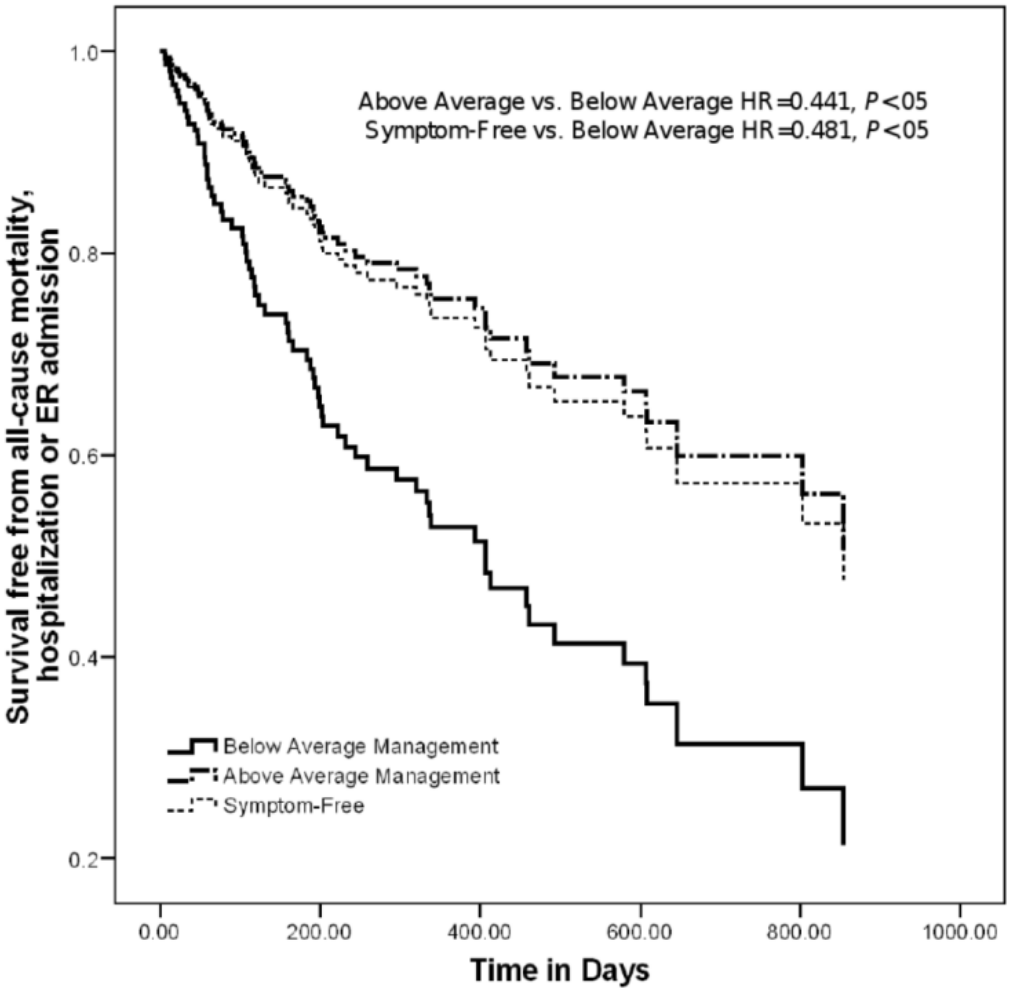


El paciente:
- Adopta medidas preventivas
- Monitoriza síntomas
- Cumple el tratamiento
- Identifica las reagudizaciones
- Modifica el tratamiento según síntomas

• Riegel B. Circulation 2009; 120: 1141-63

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

- Disminuyen las hospitalizaciones
- Disminuyen los costes
- No hay evidencia de que disminuyan la mortalidad
- Disminuyen el evento combinado mortalidad-readmisión



- Lee Cs. Heart Lung 2011; 40: 12-20
- DeWalt DA. BMC Healt Serv Res 2006; 6: 30.
- McAlister FA. JACC 2004; 18: 810-19

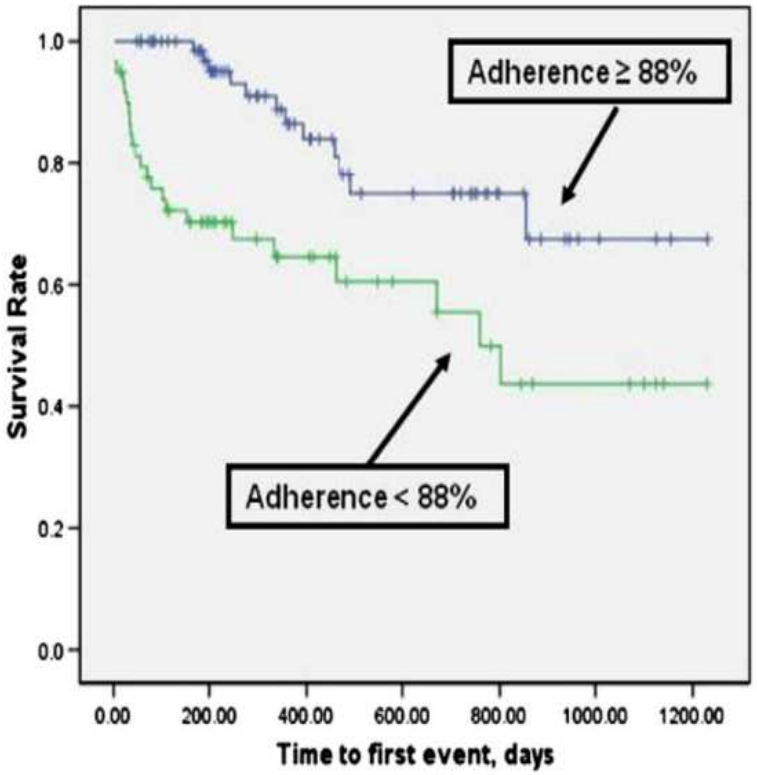
IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

- Adherencia a la medicación
- Monitorización de los síntomas
- Adherencia a la dieta
- Restricción de líquidos
- Restricción de alcohol
- Pérdida de peso
- Ejercicio
- Dejar de fumar
- Prevención
- No automedicación

• Riegel B. Circulation 2009; 120: 1141-63

Adherencia a la medicación

Toma de fármacos correcta, en más el 80% de las dosis.



Grados de adherencia por encima del 88% se acompañan del aumento del tiempo libre de evento combinado: reagudización/hospitalización/muerte

•* Wu JR. AmHeartJ 2009; 157: 285-291.

Adherencia a la medicación

Polifarmacia

N° de principios activos, media	8,69 ± 3,48
Cuartiles 25-50-75	6-8-11
Tratamiento para la insuficiencia cardíaca	
Diuréticos %	73,9
IECA/ARAII %	66,4
Beta-bloqueantes %	29,9
Glucósidos cardíacos %	19,9
IECA/ARAII + BB %	24,9
Otros fármacos	
Antiagregantes/anticoagulantes %	59,9
Anti úlcera péptica %	58,3
Antibióticos %	51,1
Antiasmáticos %	37
Aines %	33,4
Ansiolíticos %	30,6
Hipolipemiantes %	28,7
Analgésicos %	27
Calcio antagonistas %	23,6
Nitritos %	21,9
ntidepresivos %	20,75
AINE tópics %	20,3
Hipoglicemiantes %	19,5
Antigripales/antitusígenos %	18,7
Hipnóticos %	16,7
Neurolépticos %	13,9
Insulina %	8,9
Antiarrítmicos %	7,5
Antirresotivos óseos %	7,4
Alfa bloqueantes %	6,2
Analgésicos narcóticos %	4,6

Aten Primaria. 2011;43(2):61–68

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia

Gisela Galindo Ortego[a,b,*] Inés Cruz Esteve[a,b] Jordi Real Gatius[b]
Leonardo Galván Santiago[c] Carmen Monsó Lacruz[d] Plácido Santafé Soler[e]

•**Galindo. Atención Primaria 2001; 43: 61-8**

~~Adherencia a la medicación~~

~~Polifarmacia~~

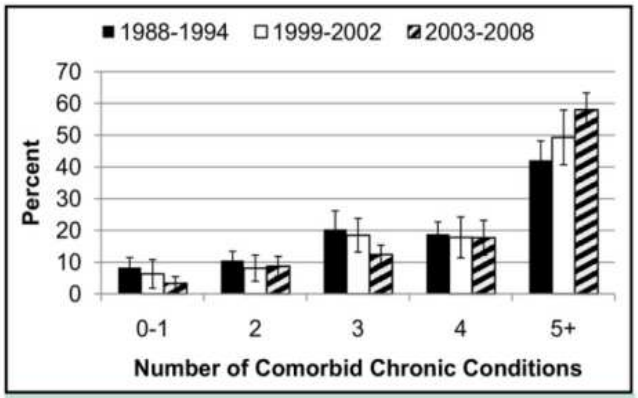


Figure Trends in number of comorbid chronic conditions among patients with heart failure.

Table 4 Trends in Prescription Medication Use among Patients with Heart Failure

Variable	1988-1994 (n = 581)	1999-2002 (n = 280)	2003-2008 (n = 534)
No. of prescription medications	4.1 (0.2)	5.1 (0.3)	6.4 (0.2)
Cardiovascular medications			
Diuretic	44.8 (2.9)	51.2 (3.6)	57.6 (2.3)
ACE or ARB	24.0 (2.7)	47.1 (3.5)	55.0 (2.6)
β-blocker	15.4 (2.2)	36.0 (4.5)	51.8 (2.5)
HMG-CoA reductase inhibitors	6.4 (2.1)	36.0 (3.8)	45.5 (2.7)
Aspirin	34.4 (2.8)	36.5 (3.2)	28.3 (3.1)[a]
Calcium channel blocker	38.8 (3.3)	28.1 (4.5)	22.9 (2.0)
Potassium chloride	15.9 (2.3)	19.5 (2.7)	19.5 (2.3)
Warfarin	9.7 (1.7)	20.6 (2.7)	17.9 (2.1)
Digoxin	30.0 (2.9)	20.0 (1.7)	14.7 (2.1)
Antianginal agent	30.7 (2.6)	24.3 (2.4)	12.5 (1.4)
Antiarrhythmic agent	11.9 (2.1)	2.5 (1.2)[b]	5.7 (1.0)

•Wang. Am J med 2011; 124: 136-43

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

GOBIERNO DE ARAGON

salud

PROGRAMA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LA FARMACOTERAPIA EN EL ANCIANO POLIMEDICADO

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

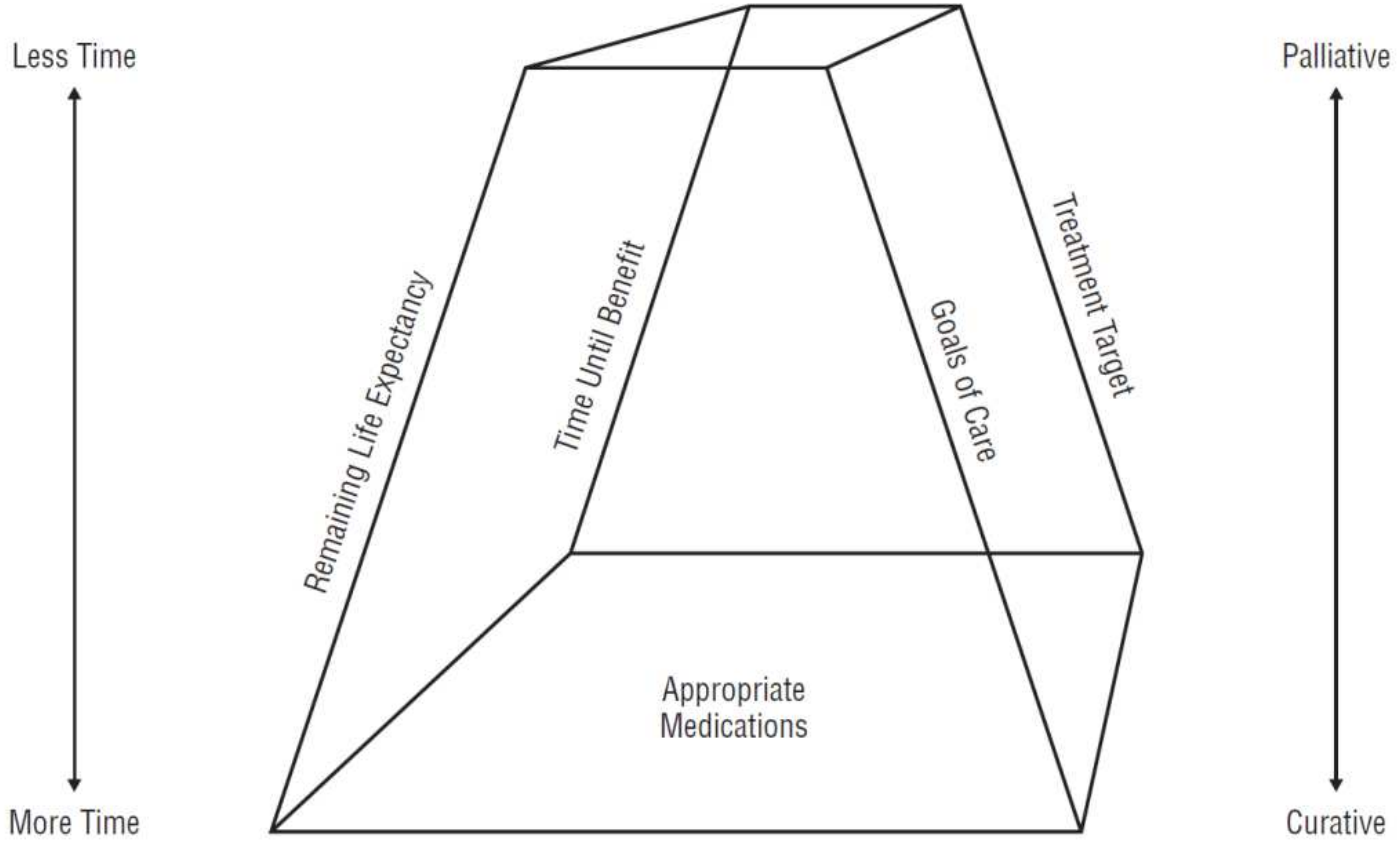
- Adherencia a la medicación
- Monitorización de los síntomas
- Adherencia a la dieta
- Restricción de líquidos
- Restricción de alcohol
- Pérdida de peso
- Ejercicio
- Dejar de fumar
- Prevención
- No automedicación

- Comorbilidad
- Depresión
- Edad
- Deterioro cognitivo
- Alteraciones del sueño
- Analfabetismo sanitario
- Ejercicio
- Sistema de salud

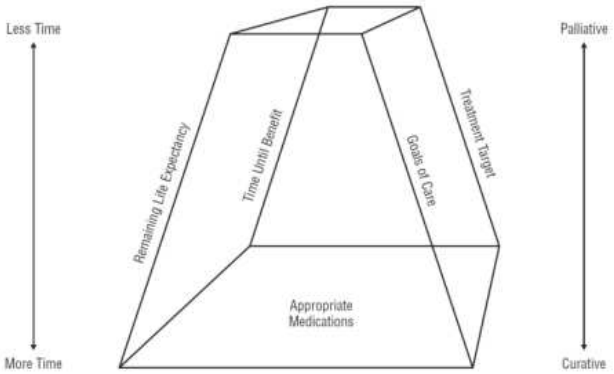
• Riegel B. Circulation 2009; 120: 1141-63

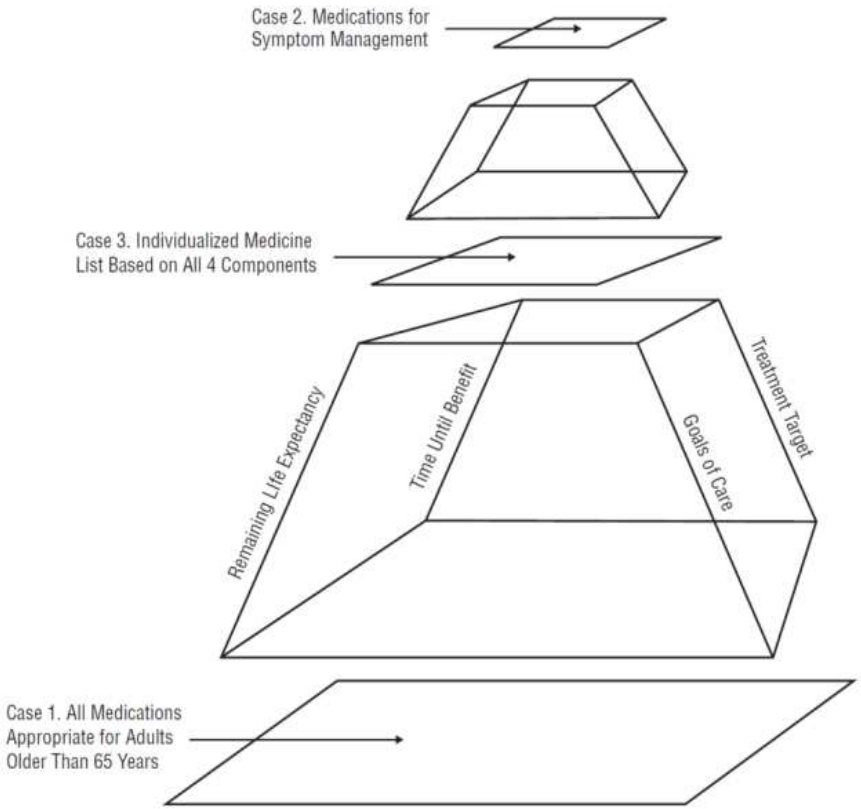
Aspectos a tener en cuenta a la hora de prescribir

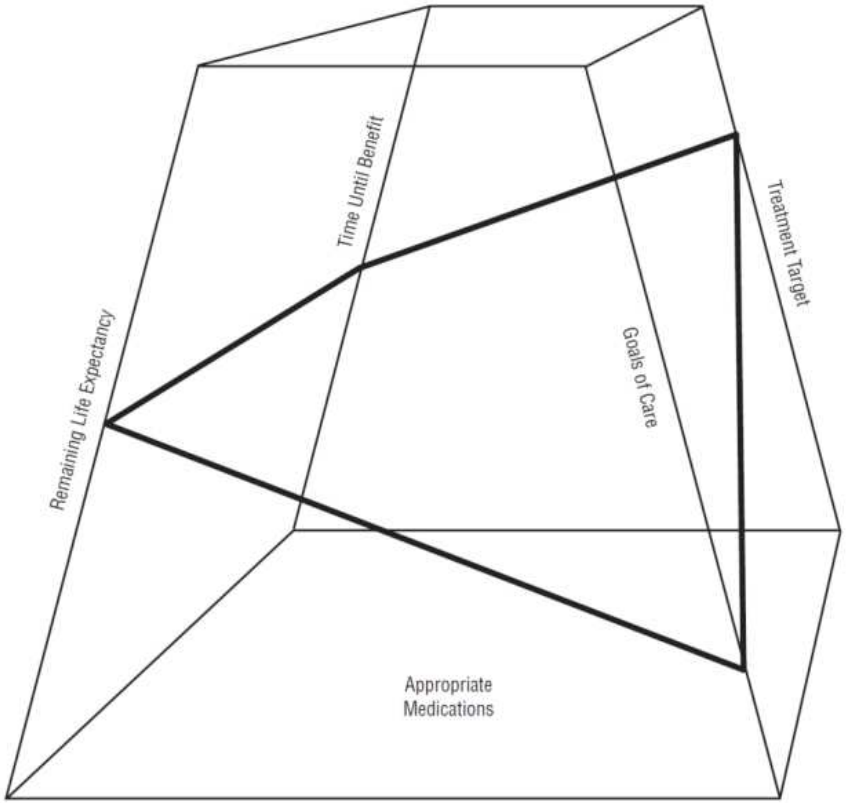
- Expectativa de vida.
- Tiempo de demora hasta conseguir un beneficio.
- Fin que se persigue con el tratamiento: curar o paliar.
- Dianas del tratamiento: prolongar la vida, prevenir morbimortalidad, mantener el estado funcional, tratar las reagudizaciones.



•Holmes. Arch Intern Med 2006; 166; 605-9

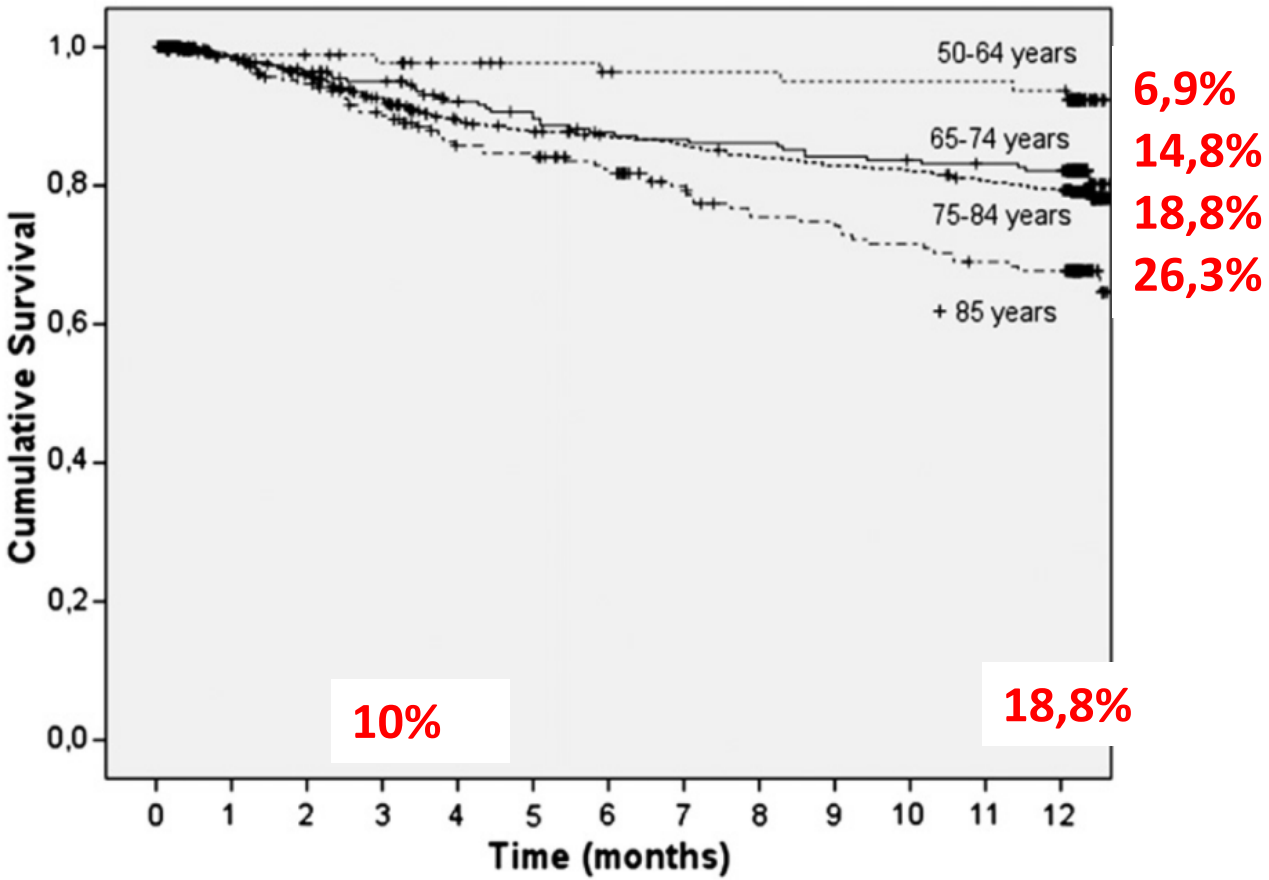






•**Holmes. Arch Intern Med 2006; 166; 605-9**

Mortalidad Registro RICA



• Conde Martel A. Eur J Intern Med. 2013; 24: 339-45
• Formiga F. Int J Cardiol. 2014; 172:127-31

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

Contents lists available at ScienceDirect
International Journal of Cardiology
journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard

Basal functional status predicts three-month mortality after a heart failure hospitalization in elderly patients — The prospective RICA study

Francesc Formiga [a,*], David Chivite [a], Alicia Conde [b], Fernando Ruiz-Laiglesia [c], Álvaro González Franco [d], Carmen Pérez Bocanegra [e], Luis Manzano [f], Manuel Montero Pérez-Barquero [g], for the RICA Investigators [1]

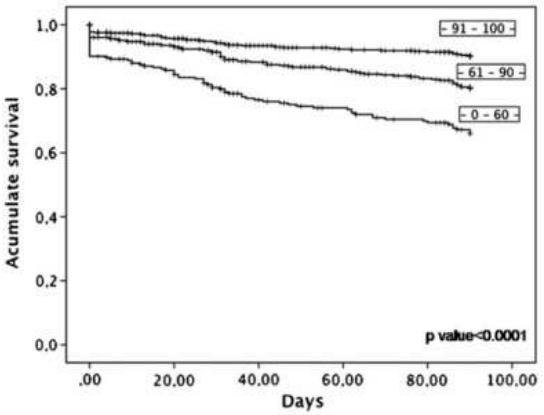


Fig. 1. Three month survival by baseline Barthel Index categories.

PUNTUACIÓN	MORTALIDAD %
0	21
3-3,5	32
4-7	46
7,5-21	62

Vol. 47 No. 3 March 2014 Journal of Pain and Symp

Original Article

Development of a Six-Month Prognostic Index in Patients With Advanced Chronic Medical Conditions: The PALIAR Score

Máximo Bernabeu-Wittel, PhD, José Murcia-Zaragoza, PhD, Carlos Hernández-Quiles, MD, Belén Escolano-Fernández, MD, Guadalupe Jarava-Rol, MD, Miguel Oliver, PhD, Jesús Díez-Manglano, PhD, Alberto Ruiz-Cantero, MD, and Manuel Ollero-Baturone, PhD, on behalf of the PALIAR Researchers

Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index

M. Bernabeu-Wittel [a,*,1], M. Ollero-Baturone [a,1], L. Moreno-Gaviño [a,1], B. Barón-Franco [b,1], A. F
J. Murcia-Zaragoza [d,1], C. Ramos-Cantos [e,1], A. Alemán [f,1], A. Fernández-Moyano [g,1]

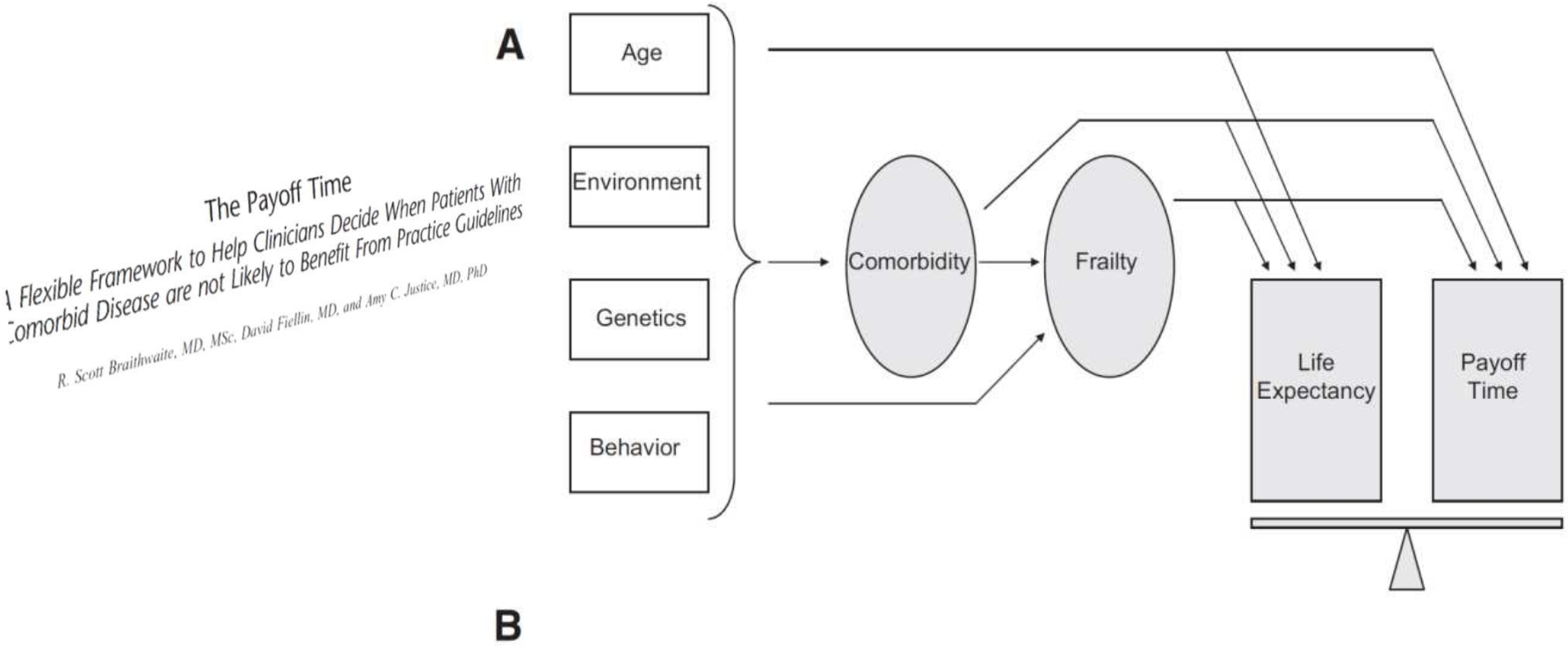
PROYECTO PROFUND

PUNTUACIÓN	MORTALIDAD %
0 -2	12-14.6
3-6	21.5 - 31.5
7-10	45 - 50
➢11	61- 68

- Formiga F. Int J Cardiol 2014; 172: 127-131
- Bernabeu. J Pain Symtptom Manag 2014; 47: 551-65
- Bernabeu. Eur J Intern Med 2011; 22: 311-7
- Bernabeu. Arch Gerontol Geriatr 2010; 51. 185-91

Tiempo de demora, de rentabilidad: “Lag time” , “payoff time”

- Tiempo mínimo que ha de transcurrir entre la implantación de una medida terapéutica, con sus posibles efectos adversos, y la aparición de los efectos beneficiosos debidos a esa medida.



The Payoff Time
A Flexible Framework to Help Clinicians Decide When Patients With Comorbid Disease are not Likely to Benefit From Practice Guidelines
R. Scott Braithwaite, MD, MSc, David Fiellin, MD, and Amy C. Justice, MD, PhD

•Braithwaite RS. Med Care 2009; 47: 610-7

XXXV
Congreso Nacional de la Sociedad
Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Noviembre 2014
Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villeg
Murcia

Drugs Aging (2014) 31:541–546
DOI 10.1007/s40266-014-0183-3

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

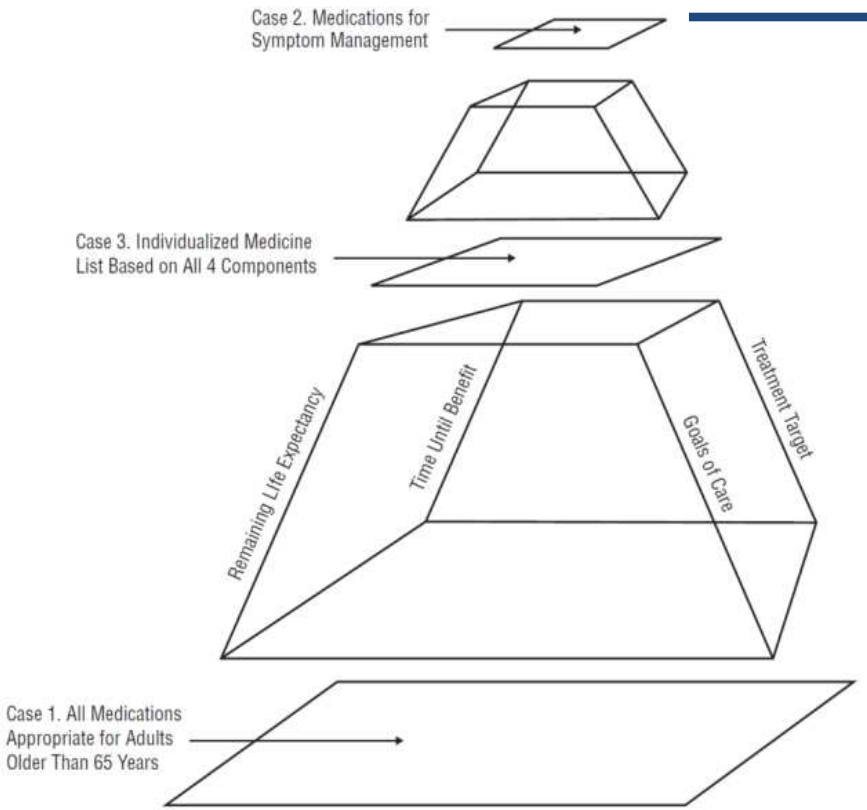
Appropriateness of Medications Prescribed to Elderly Patients with Advanced Heart Failure and Limited Life Expectancy Who Died During Hospitalization

Montserrat Barceló · Olga Torres · Domingo Ruiz · Jordi Casademont

Pacientes con NYHA III-IV, con pronóstico vital inferior a 6 meses al ingreso y que fallecen durante el mismo.

AAS or clopidogrel	36 (50)
Oral anticoagulants	17 (23.6)
Statins	14 (19.4)
ACE inhibitors/ARBs	29 (40.3)
Diltiazem/verapamil	7 (9.7)
Acetylcholinesterase inhibitors or memantine	2 (2.8)
Iron	19 (26.4)
Vitamins	2 (2.8)
Osteoporosis treatment	9 (12.5)
Loop diuretics	65 (90.3)
Thiazides	4 (5.6)
Beta-blockers	8 (11.1)
Aldosterone inhibitors	13 (18.1)
Antidepressants	24 (33.4)
SSRIs	20 (27.8)
TCAs	0 (0)
Other	4 (5.6)
BZD	27 (37.5)
Analgesics	16 (22.2)
Opiates	8 (11.1)
Tramadol	3 (4.2)
Fentanyl	3 (4.2)
Morphine	1 (1.4)

•Barceló M. Drugs Aging 2014; 31: 541-6



TRATAMENTO PALIATIVO

- Control de síntomas
- Evitar medicación innecesaria
- Evitar ingresos
- Mejorar la calidad de vida
- Aliviar al cuidador
- Soporte emocional

XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
IV Congreso Ibérico de Medicina Interna
II Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de la Región de Murcia
19-21 Novie
Auditorio y Cen
Murcia

IIS Aragón
Instituto de Investigación

Identificación de pacientes en gestión de casos

Validación por el médico de familia

No → Retirada de la gestión de casos

Sí

Recursos comunitarios

Médico de familia:
- Valoración integral
- Seguimiento del paciente
- Optimización terapéutica

Consultas no presenciales y reuniones de casos

Gestión en la comunidad

PLAN INTEGRAL

Enfermería de atención primaria y gestora de casos (hasta consecución de objetivos):
- En cada visita: evaluación, plan de cuidados
- Educación en autocuidados
- Adherencia al tratamiento
- Seguimiento continuado según las necesidades
- Funciones de *coaching* para el paciente y el cuidador

Trabajo social:
Necesidades sociales

Internista hospitalario de referencia:
- Consultor del equipo
- Ingreso hospitalario si es preciso
- Plan terapéutico
- Enfermería de enlace
- Informe de alta

DESCOMPENSACIÓN

Hospital

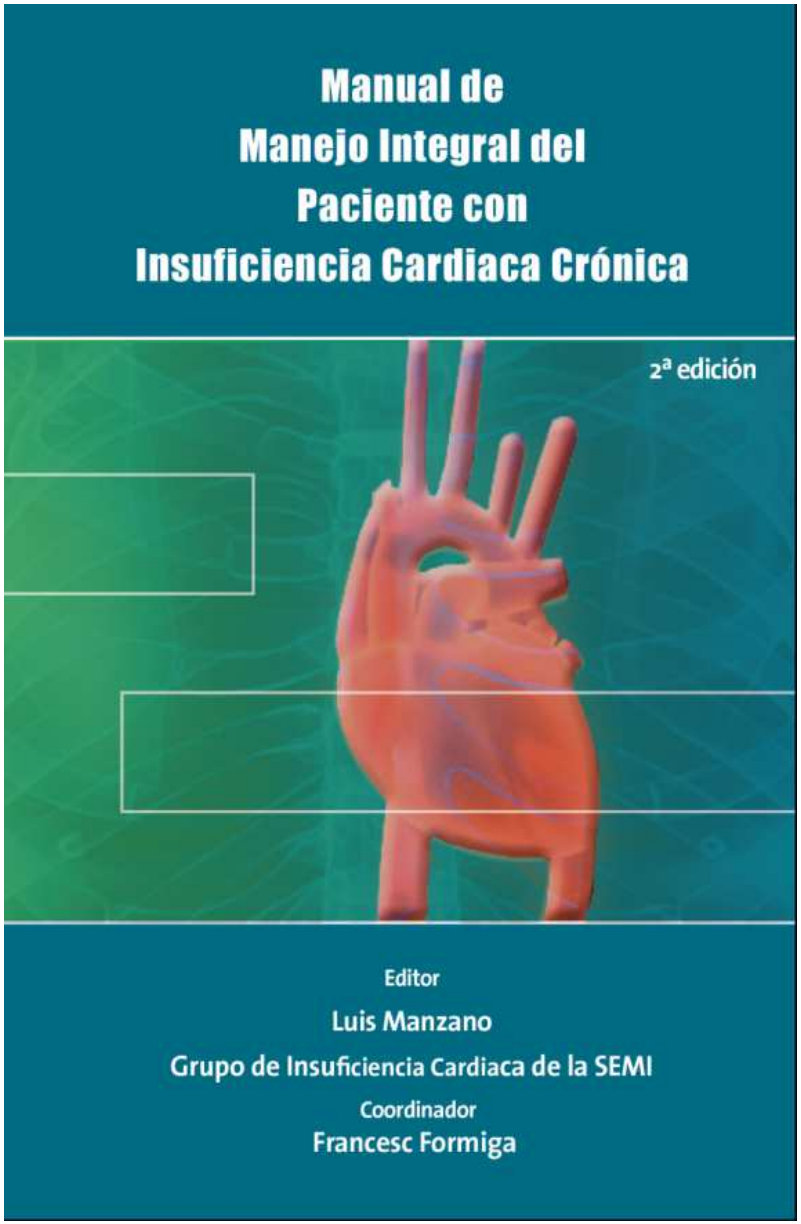
Enfermería hospitalaria y gestora de casos:
En caso de ingreso y a su alta:
- Coordinación de los niveles asistenciales y sociales
- Planificación del alta
- Informe de continuidad de cuidados

Farmacia hospitalaria:
- Conciliación de la medicación

Cardiólogo

IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

http://www.fesemi.org/



IIS Aragón
Instituto de Investigación Sanitaria Aragón

UMIPIC

Unidades de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardiaca