



MEDICINA DE FAMILIA Y ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

DESDE LA EVIDENCIA CIENTIFICA

DOMINGO OROZCO BELTRAN

El caso de Antonio

5 PATOLOGIAS

- 75 años
- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Cardiopatía isquémica
- EPOC

10 MEDICAMENTOS

- 2 Hipoglucemiantes
- Insulina
- Estatina
- 2 Hipotensores
- Protector gástrico
- Antiagregante
- Dos Inhaladores



ATENCION EN 2016

- 20 visitas a AP
- 6 visitas a Especializada
- 4 Visitas a urgencias
- Dos ingresos hospitalario
- UHD tras el ingreso

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ATENCION PRIMARIA Y CENTROS DE SALUD

Especialidades médicas en España

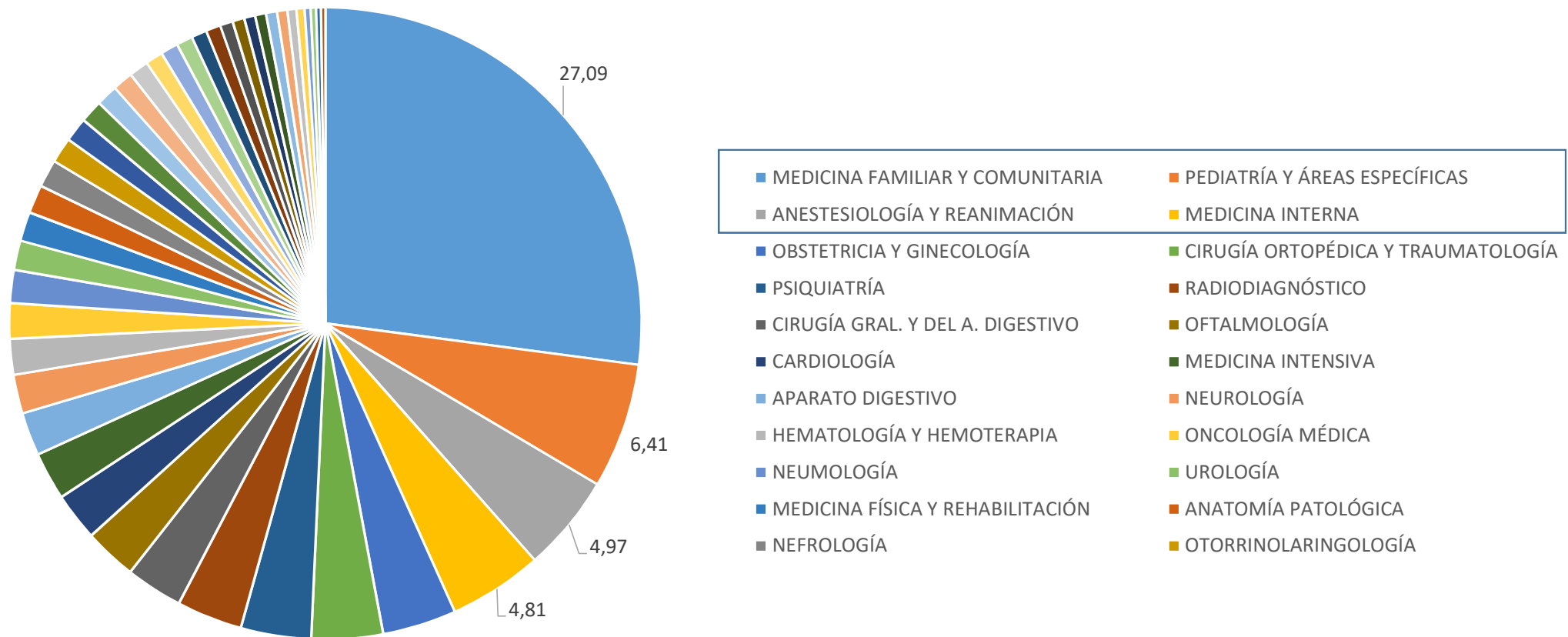
1. Alergología.
2. Anatomía Patológica.
3. Anestesiología y Reanimación.
4. Angiología y Cirugía Vascular.
5. Aparato Digestivo.
6. Cardiología.
7. Cirugía Cardiovascular.
8. Cirugía General y del Aparato Digestivo.
9. Cirugía Oral y Maxilofacial.
10. Cirugía Ortopédica y Traumatología.
11. Cirugía Pediátrica.
12. Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
13. Cirugía Torácica.
14. Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
15. Endocrinología y Nutrición.
16. Farmacología Clínica.
17. Geriatria.
18. Hematología y Hemoterapia.
19. Medicina del Trabajo.
- 20. Medicina Familiar y Comunitaria (1978).**
21. Medicina Física y Rehabilitación.
22. Medicina Intensiva.
23. Medicina Interna.
24. Medicina Nuclear.
25. Medicina Preventiva y Salud Pública.
26. Nefrología.
27. Neumología.
28. Neurocirugía.
29. Neurofisiología Clínica.
30. Neurología.
31. Obstetricia y Ginecología.
32. Oftalmología.
33. Oncología Médica.
34. Oncología Radioterápica.
35. Otorrinolaringología.
36. Pediatría y sus Áreas Específicas.
37. Psiquiatría.
38. Radiodiagnóstico.
39. Reumatología.
40. Urología.

Hitos de Atención Primaria en España

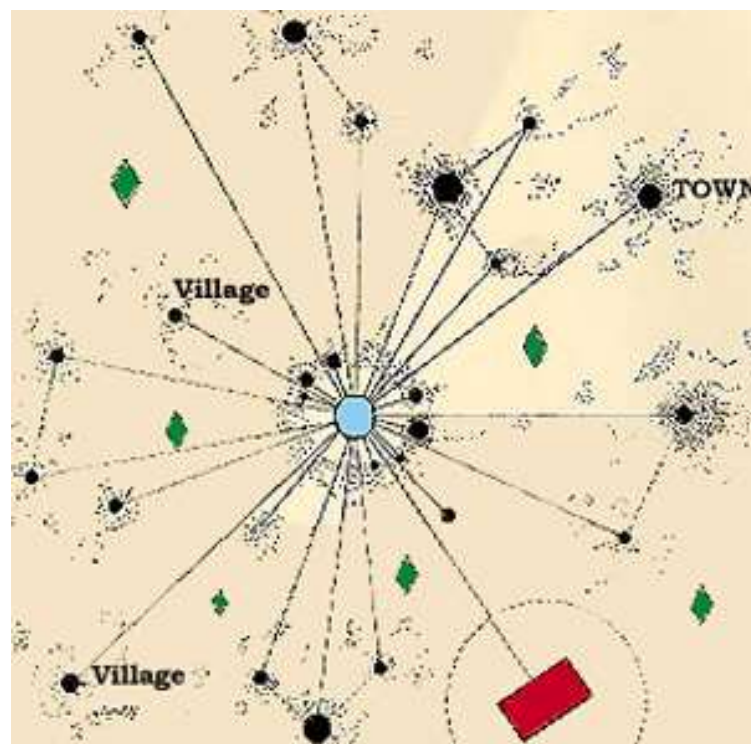
- 1940: Seguro Obligatorio de Enfermedad
 - Atención ambulatoria 2,5h
 - APDs rurales
- 1978: Conferencia OMS-Unicef de Alma-Ata
- 1979: Creación especialidad MFyC via MIR
- 1984: Decreto Estructuras Básicas de Salud
- 1986: Ley General de Sanidad
 - Area y zona de salud. Centro de Salud
 - Trabajo en Equipo. MdF y Pediatra,. Enfermeria
 - Unidades de Apoyo: S Mental, RHB, Matronas

Sources: Starfield. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford U. Press, 1998. Starfield & Shi, Health Policy 2002; 60:201-18.

Es la especialidad con mas plazas en el Programa de Formación MIR

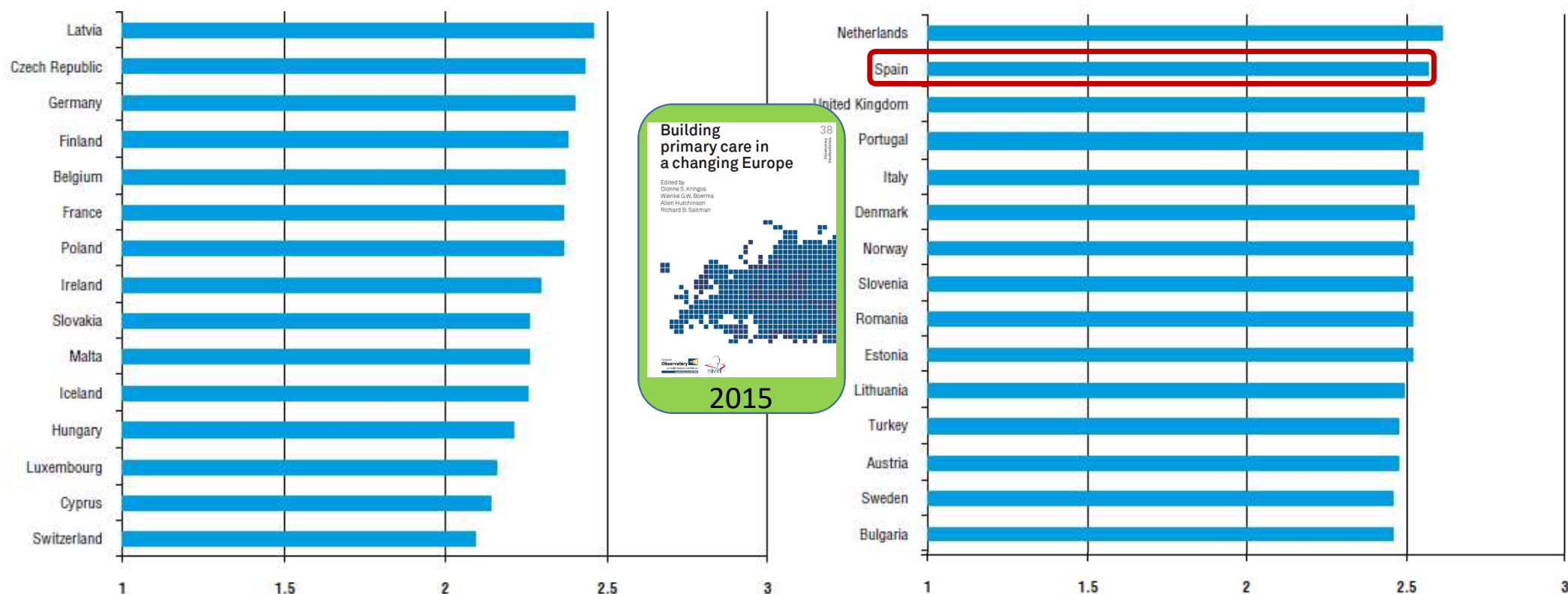


Modelo estructural de área de salud: Hospital y Atención Primaria



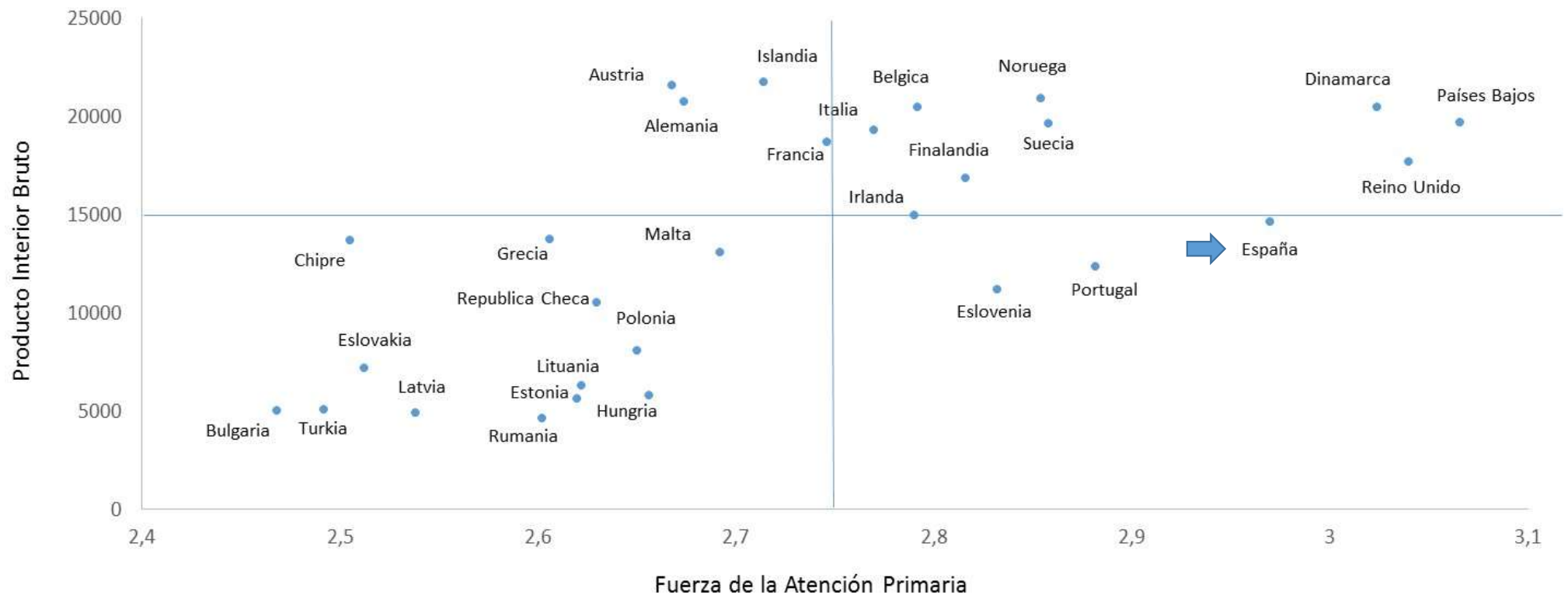
Informe Dawson. OMS. 1920

Ranking de calidad de la Atención Primaria en distintos países de Europa (1 menor a 3 mayor calidad)



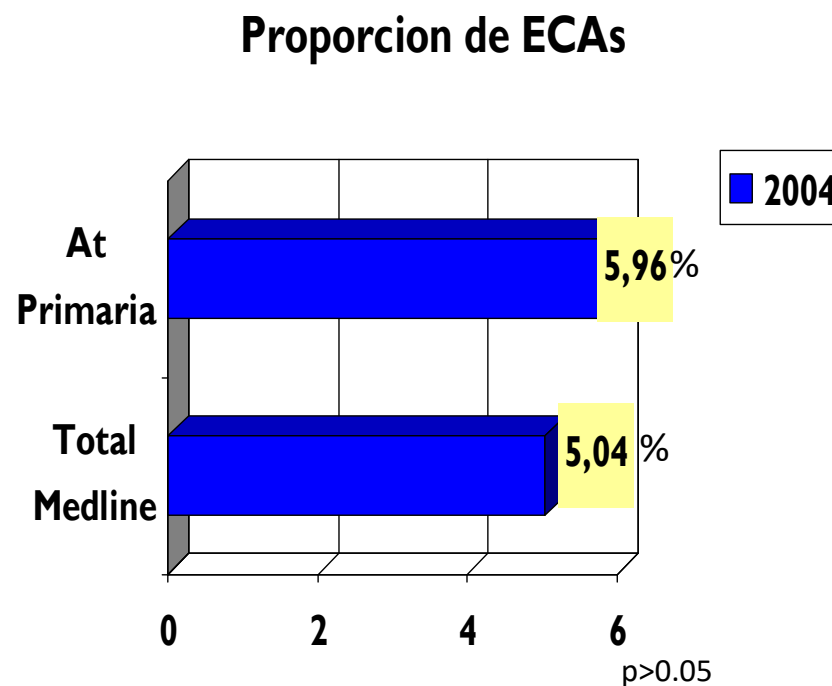
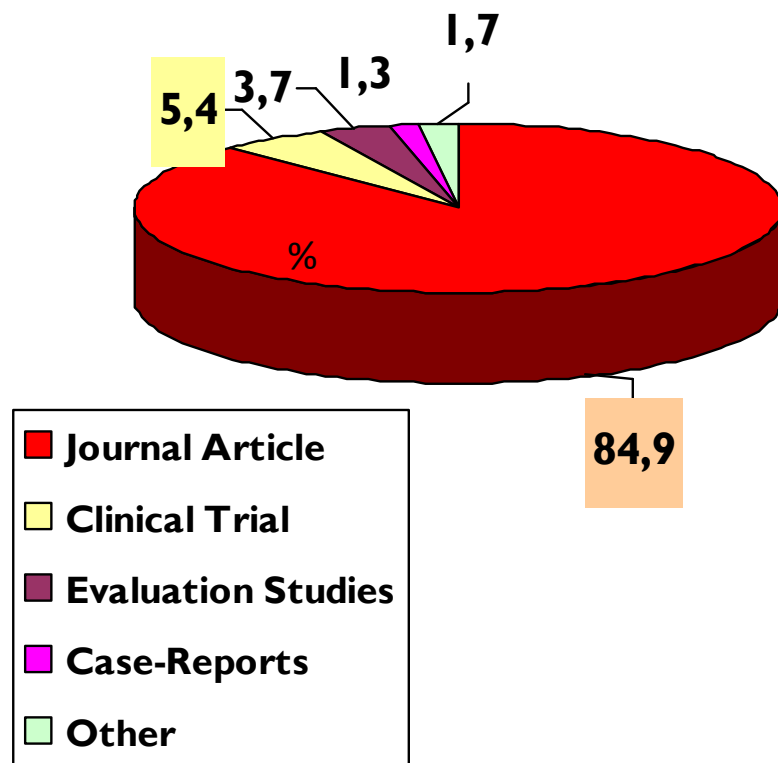
Indicadores de estructura de la AP, de proceso, y resultados, condiciones economicas, continuidad de cuidados, accesibilidad y calidad asistencial.

PIB y Desarrollo de la Atención Primaria



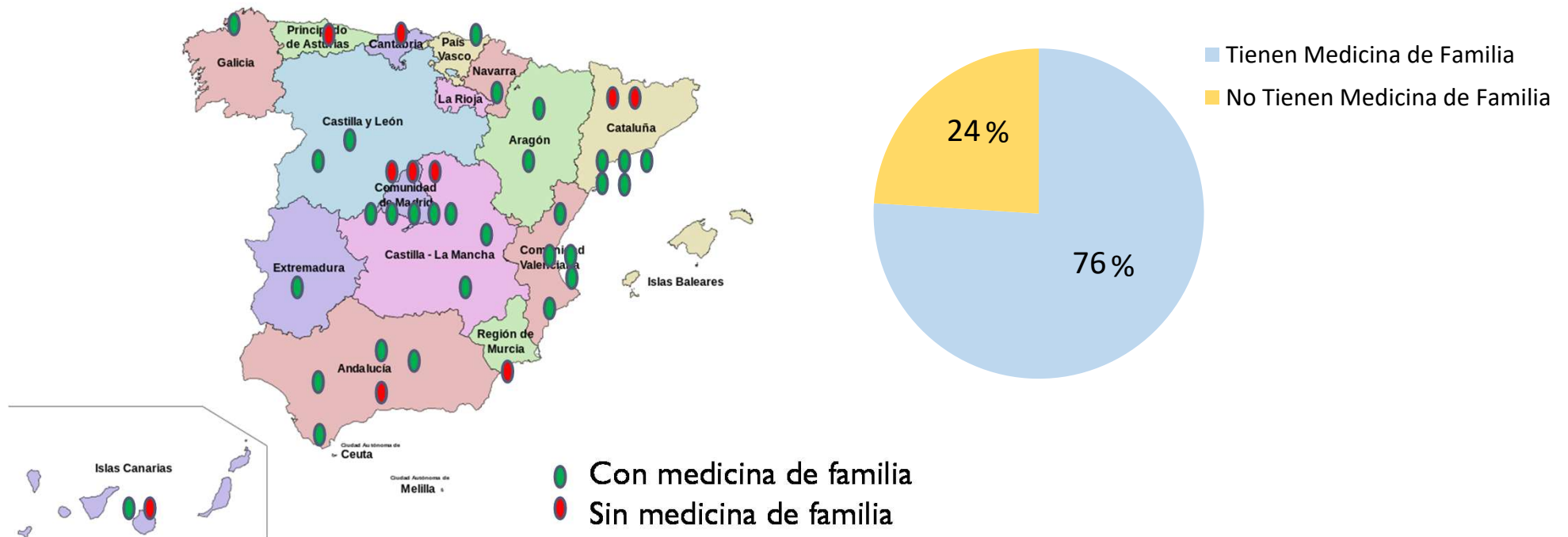
D Orozco. A partir de Estudio Observatorio Europeo, 2015.

Investigación en Atención Primaria: ECAs

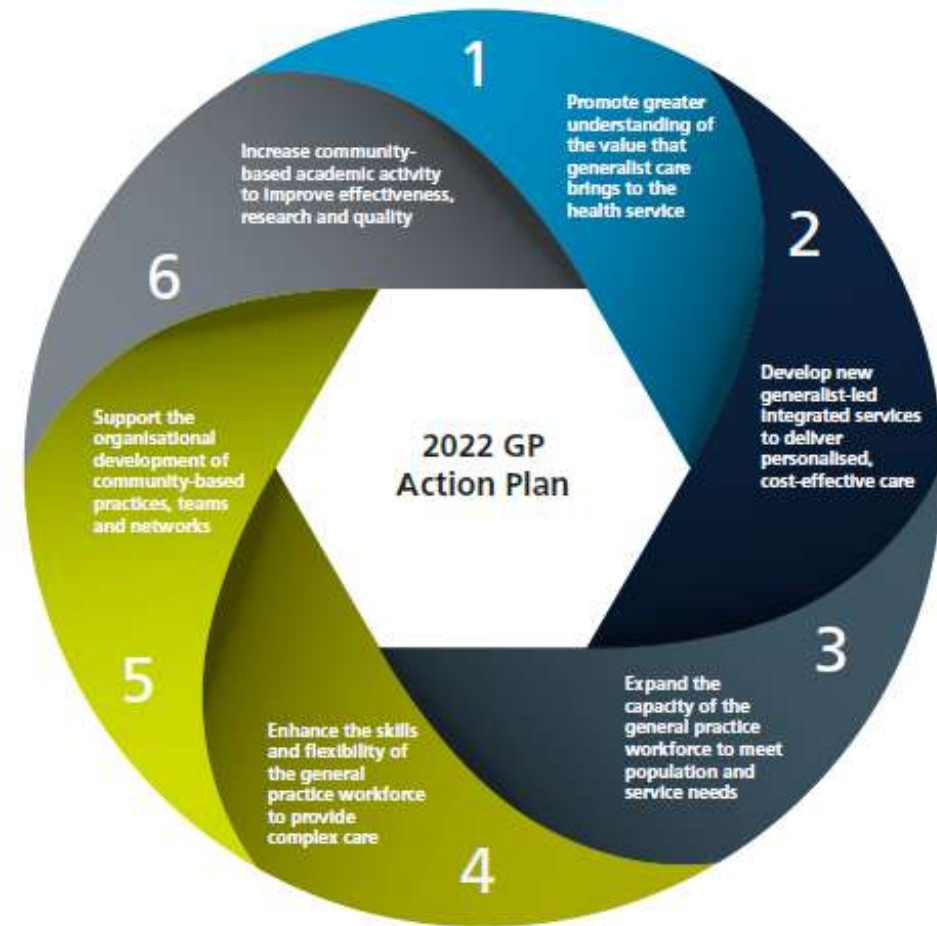


Carratalá-Munuera MC, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Navarro-Perez J, Quirce F, Merino J, Basora J. [Bibliometric analysis of International Scientific production on primary care](#). Aten Primaria. 2012 Nov;44(11):651-8.

Distribución geográfica de las Facultades con o sin medicina de familia



Plan de acción para el medico de familia del año 2022



- Promover una mayor entendimiento del generalismo y seguir **demostrando su valor para el Sistema de salud**
- Desarrollar servicios integrados liderados desde el generalismo para proporcionar una **atencion mas personalizada y economicamente sostenible.**
- Expandir la capacidad de la MFyC para **responder a las necesidades** de la sociedad actual.
- Impulsar el desarrollo de habilidades par ofrecer cuidados de salud a **pacientes complejos**
- Proveer una atención académica de calidad, basada en la investigación y la **evidencia científica**, para mejorar la efectividad del Sistema de Salud
- Apoyar el desarrollo de los equipos de atención primaria para impulsar la **atención comunitaria.**

Que requiere la medicina generalista

Requiere mucho mas que un amplio conocimiento clínico. Incluye el desarrollo de nuevas habilidades profesionales para liderar, coordinar y ofrecer:

- **Primer punto de atención:** Diagnosticar y tratar un amplio abanico de problemas de salud en consulta y domicilio, basado en la evidencia científica y la investigación y valorando y respondiendo al riesgo del paciente de forma segura y eficiente.

- **Pacientes complejos:** Manejo de la multi morbilidad y la polimedicación mediante un abordaje integral, atención preventiva, reducir el daño y potenciar el autocuidado.

- **Sistema de salud:** Trabajar en equipo multi disciplinar y utilizando los recursos de forma coste efectiva.

- **Atención integral:** Prestar atención bio-psico-social, humanización de la asistencia, atención centrada en la persona incluyendo la toma de decisiones compartidas con el paciente.

- **Atención continuada:** Manejar las condiciones crónicas de salud mas frecuentes a lo largo de toda su evolución y coordinar la atención con otros especialistas.

LAS CONDICIONES CRONICAS DE SALUD

NUEVAS ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

Definición

- Se entiende por enfermedad crónica una enfermedad de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca.
- Aunque no hay acuerdo, a partir de que duración podría definirse, puede considerarse que toda enfermedad que tenga una duración **mayor a seis meses** es crónica.
- Por otro lado, el término “**enfermedad**” se asocia a enfermedad aguda y a discapacidad, por lo que este término no representa bien la realidad de los pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, u otras.
- Por ello, según la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en España, es preferible el uso del término “**condición crónica de salud**”.

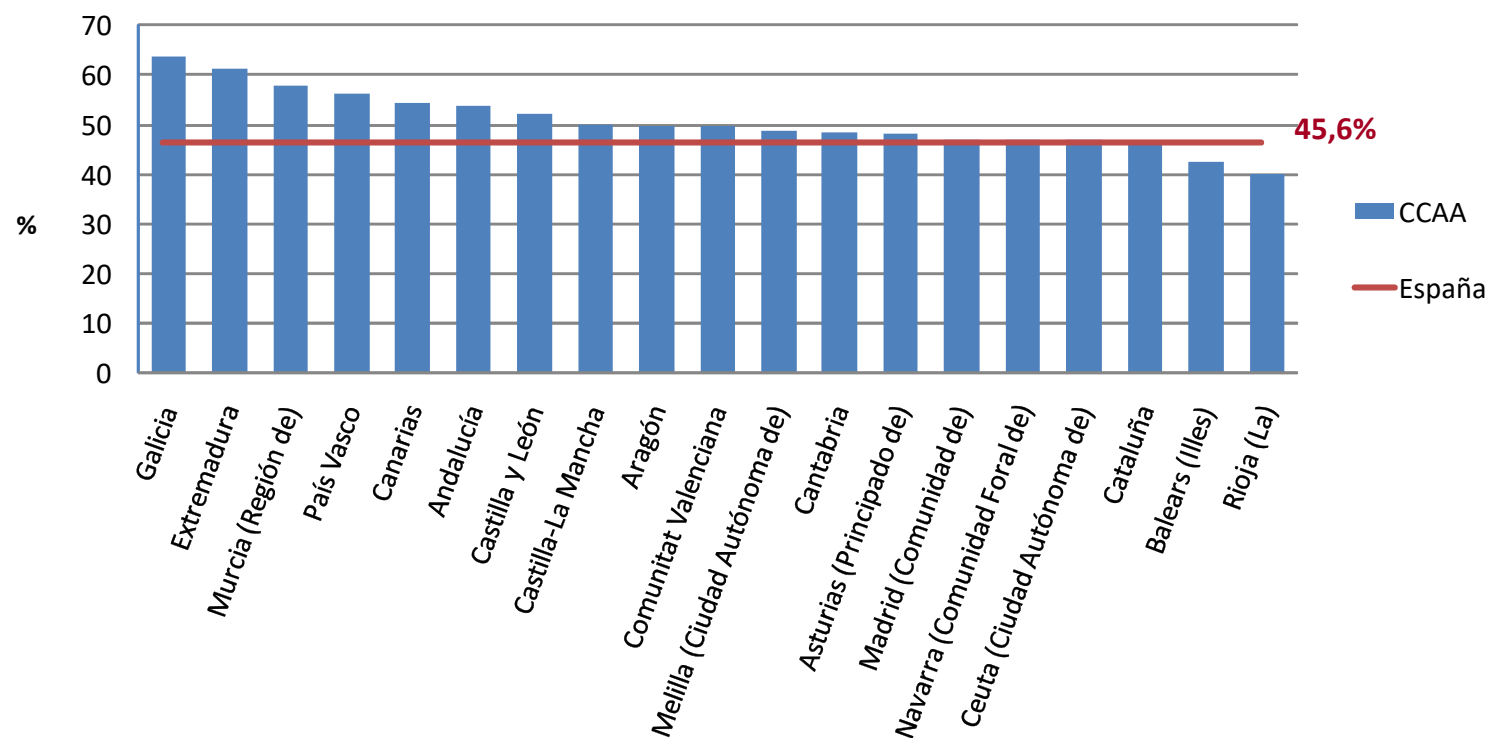
Ejemplo de enfermedades crónicas

	Número de casos		Número de casos
Diabetes tipo 2	126	Alteración tiroides	73
EPOC	64	Úlcera gast/duod	44
Hipertensión	416	Cáncer de Colon	13
Asma	39	Depresión	133
Dislipemia	420	Tras. Ansiedad	118
Cardiopatía Isquem.	95	Esquizofrenia	23
Insf. Cardíaca	68	Alzheimer	34
Arritmias cardíacas	48	Sida	3
Embolia	18	Colitis Úlc./Chron	10
Tabaquismo	410		

En un cupo de 1500 pacientes. Díez J, Orozco D. Datos no publicados

(consulta de un médico de familia)

Población con enfermedades crónicas en España

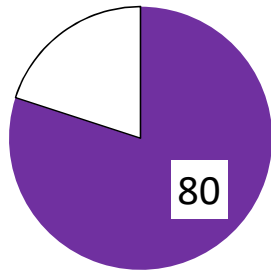


Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2009. Estados de salud: Cifras relativas. INE.

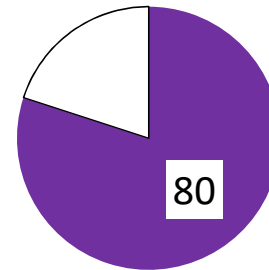
**Casi 20 millones de personas padecen problemas crónicos de salud
(el 45% de la población mayor de 16 años)**

Importancia de las Enfermedades Crónicas

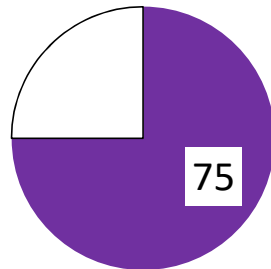
Gasto sanitario



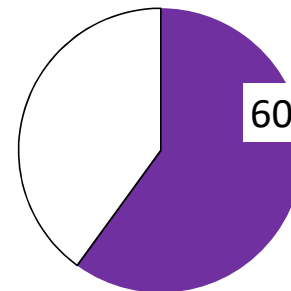
Consultas de At. Primaria



Pacientes de urgencias

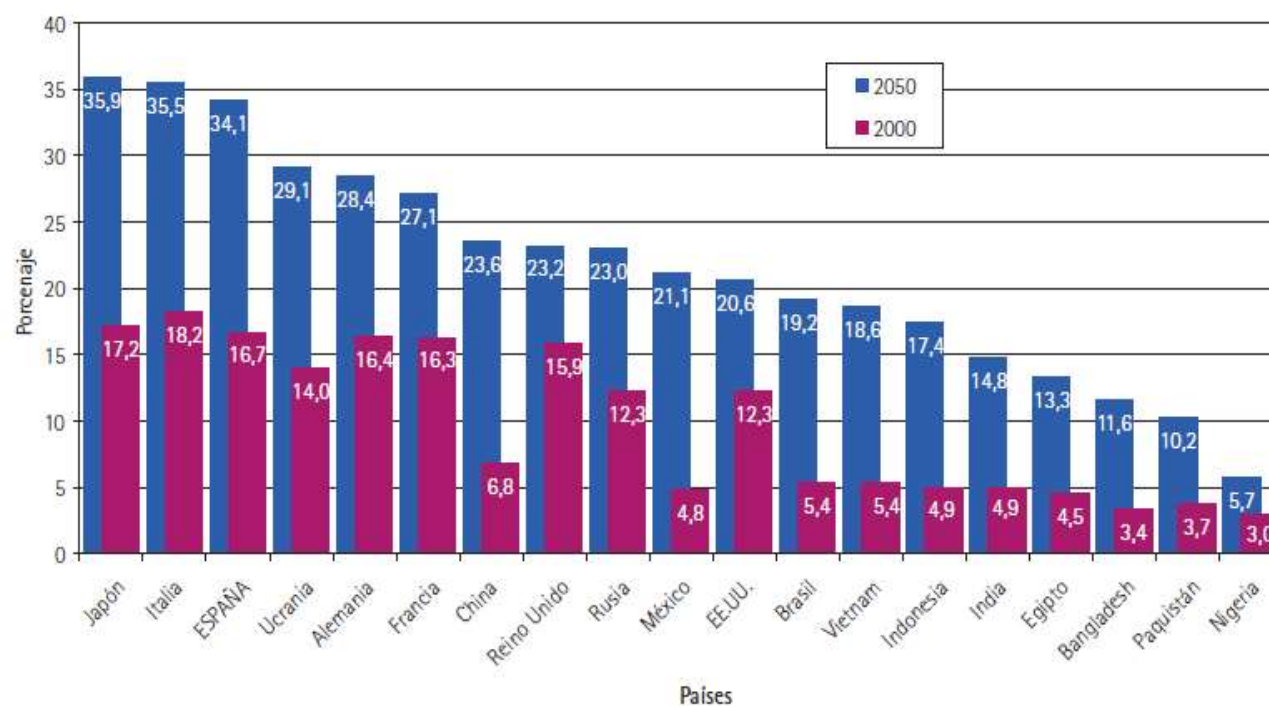


Ingresos Hospitalarios



Enfermedades crónicas y Edad

*Países con mayor envejecimiento. Población de 65 y más años, 2000 y 2050
entre los países con poblaciones más envejecidas*

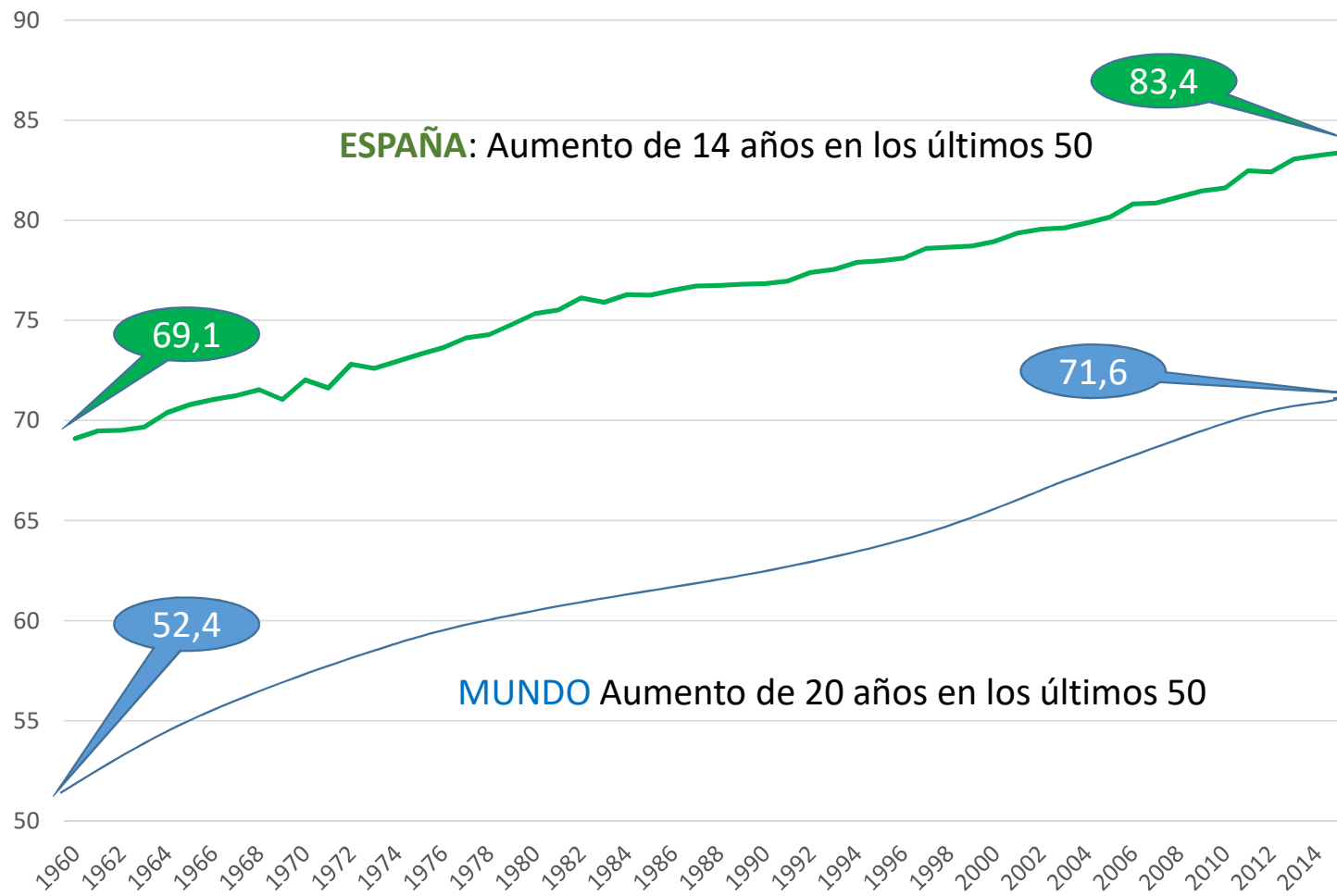


Fuente: N.U.: World Population Prospects: The 2004 Revision. N.U., consulta en julio de 2006.

Esperanza de vida al nacer (mundo). 2015

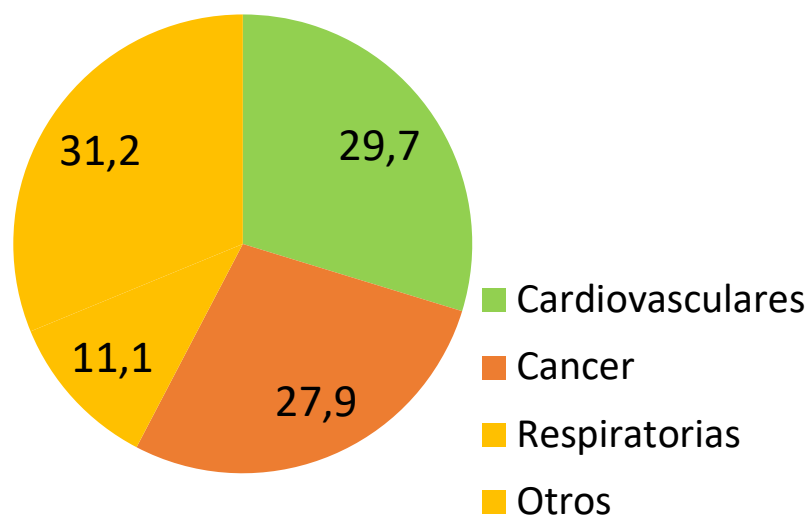
91 Latin America	75,1	61 Slovak Republic	77,2	31 Denmark	81,1	1 Hong Kong SAR, China	84,3
92 Algeria	75,0	62 Uruguay	77,1	32 Germany	81,1	2 Japan	83,8
93 Tunisia	75,0	63 Estonia	77,1	33 Slovenia	81,1	3 Italy	83,5
94 Romania	75,0	64 Central Europe and the Baltics	77,0	34 Bermuda	81,0	4 Spain	83,4
95 Sri Lanka	75,0	65 Maldives	77,0	35 Macao SAR, China	80,8	5 Switzerland	83,2
96 Latin Amer (exc high income)	74,9	66 Mexico	76,9	36 High income	80,8	6 Iceland	82,9
97 Malaysia	74,9	67 Bahrain	76,8	37 Channel Islands	80,8	7 France	82,7
98 Georgia	74,8	68 French Polynesia	76,8	38 Post-demographic dividend	80,6	8 Singapore	82,6
99 Armenia	74,8	69 Bosnia and Herzegovina	76,6	39 OECD members	80,3	9 Sweden	82,6
100 Peru	74,8	70 Montenegro	76,3	40 Cyprus	80,3	10 Australia	82,5
101 Kuwait	74,7	71 Argentina	76,3	41 Virgin Islands (U.S.)	79,9	11 Luxembourg	82,2
102 Brazil	74,7	72 Ecuador	76,1	42 Lebanon	79,6	12 Korea, Rep.	82,2
103 Upper middle income	74,7	73 Antigua and Barbuda	76,1	43 Costa Rica	79,6	13 Canada	82,1
104 Thailand	74,6	74 China	76,0	44 Puerto Rico	79,6	14 Norway	82,1
105 Saudi Arabia	74,5	75 Hungary	76,0	45 Cuba	79,5	15 Liechtenstein	82,1
106 Bulgaria	74,5	76 Jamaica	75,8	46 Czech Republic	79,5	16 Euro area	82,1
107 Venezuela, RB	74,4	77 Vietnam	75,8	47 St. Martin (French part)	79,5	17 Israel	82,1
108 Mauritius	74,4	78 Barbados	75,7	48 Guam	79,4	18 Malta	81,9
109 Morocco	74,3	79 Iran, Islamic Rep.	75,6	49 North America	79,1	19 Austria	81,8
110 East Asia & Pacific countries)	74,2	80 Aruba	75,6	50 Brunei Darussalam	79,0	20 Chile	81,8
111 Jordan	74,2	81 Macedonia, FYR	75,5	51 Qatar	78,8	21 Netherlands	81,7
112 Colombia	74,2	82 Serbia	75,5	52 United States	78,7	22 Faroe Islands	81,6
113 East Asia (excl high income)	74,2	83 Turkey	75,4	53 Poland	78,2	23 United Kingdom	81,6
114 Latvia	74,1	84 Bahamas, The	75,4	54 Albania	78,0	24 Greece	81,6
115 Samoa	73,8	85 Late-demographic dividend	75,4	55 New Caledonia	77,8	25 Portugal	81,5
116 Dominican Republic	73,7	86 St. Lucia	75,2	56 Panama	77,8	26 Ireland	81,5
117 Belarus	73,6	87 Latin America & Caribbean	75,2	57 United Arab Emirates	77,5	27 New Zealand	81,5
118 Grenada	73,5	88 Lithuania	75,1	58 Oman	77,3	28 Finland	81,4
119 Cabo Verde	73,4	89 East Asia & Pacific	75,1	59 Europe & Central Asia	77,3	29 Belgium	81,3
120 Honduras	73,3	90 Nicaragua	75,1	60 Croatia	77,3	30 European Union	81,1

Esperanza de vida al nacer



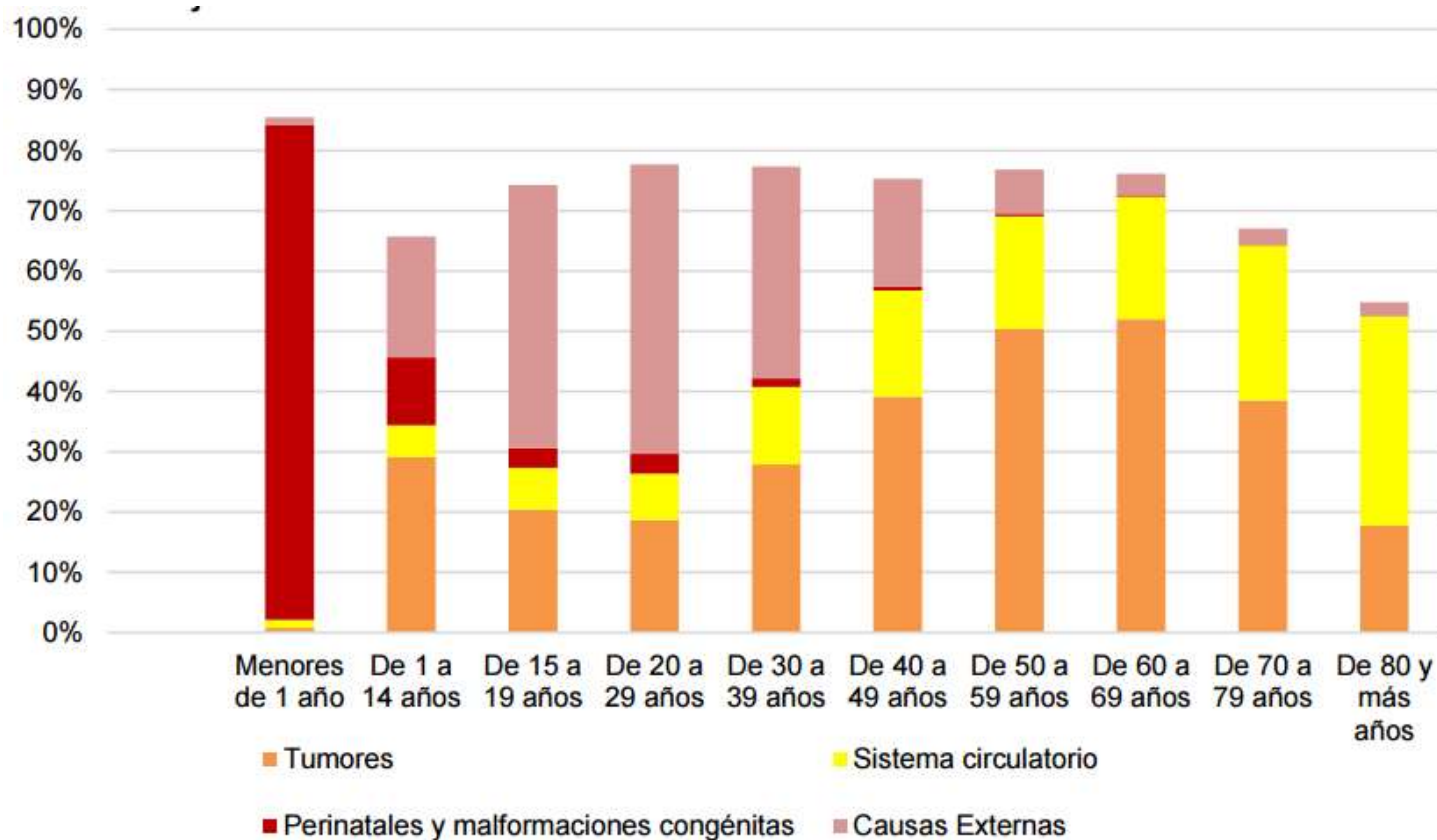
Causas de mortalidad en España. 2014.

395.830 defunciones en 2014



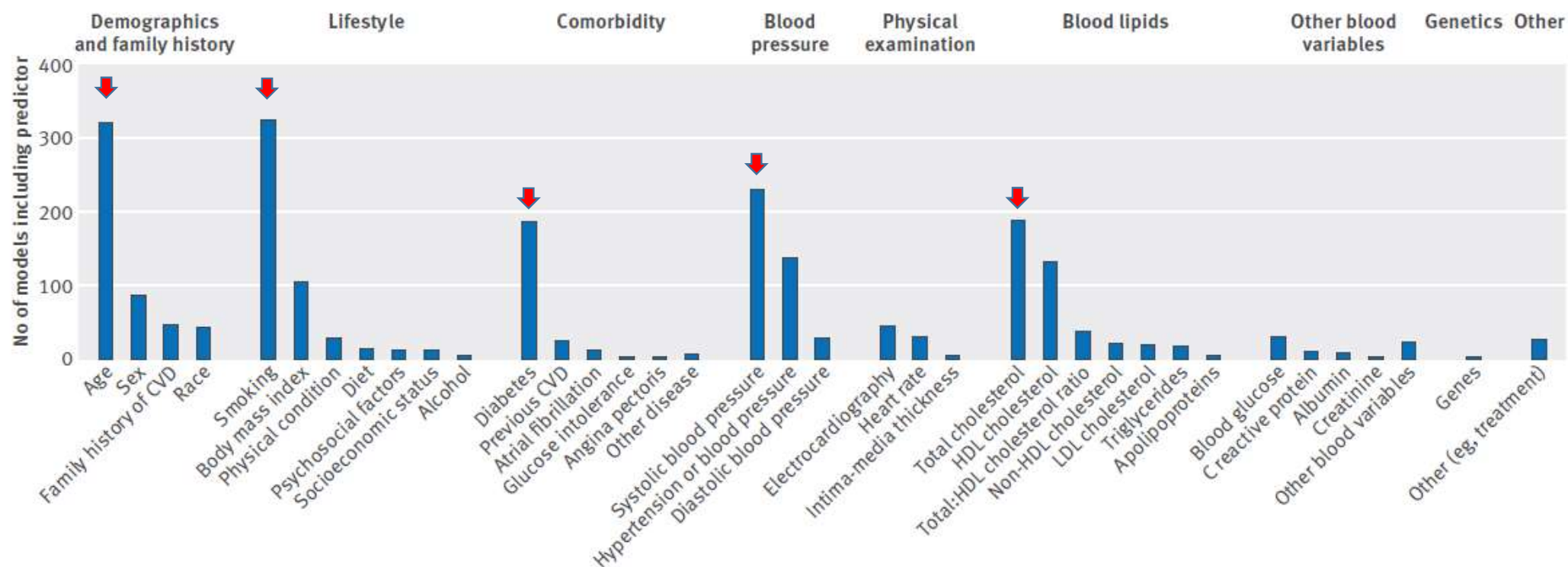
Instituto Nacional de Estadísticas 2016.

Causas de mortalidad en España. 2014.



Instituto Nacional de Estadísticas 2016.

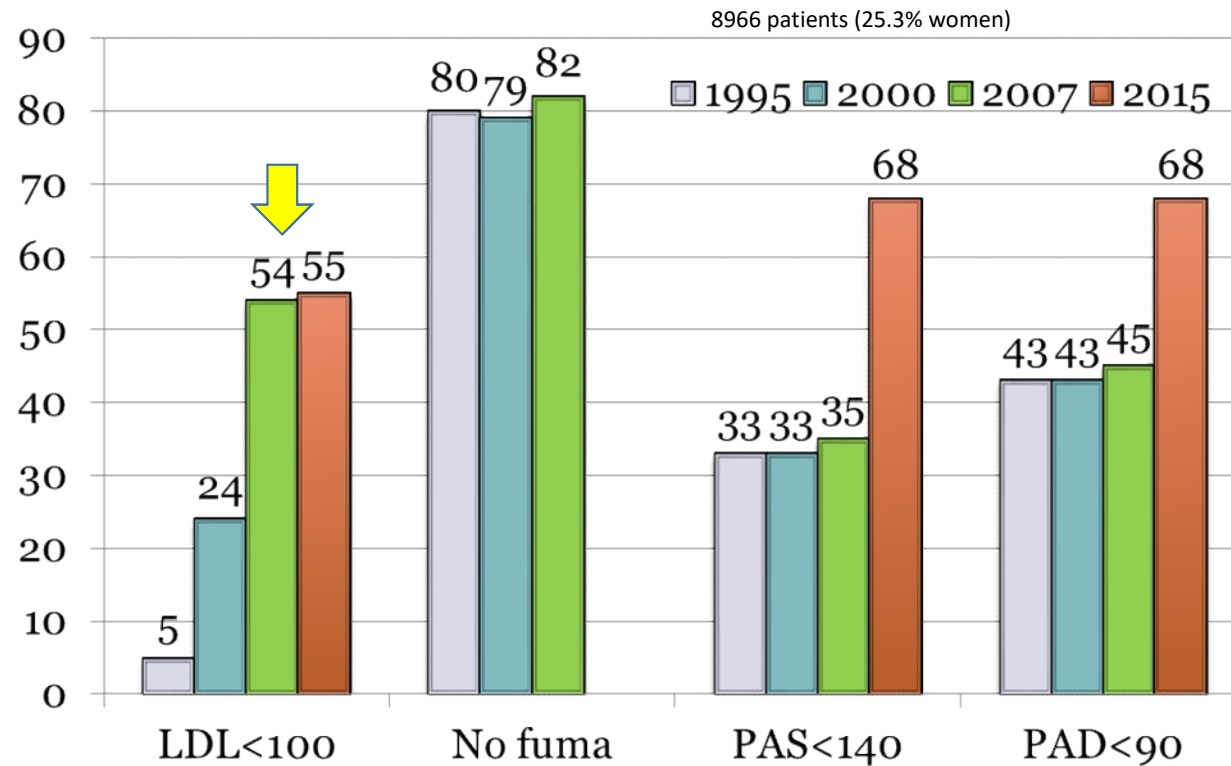
Revisión sistemática de modelos de predicción CV



Damen JA, et al. Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. BMJ. 2016 May 16;353:i2416.

Control of risk factors in patients with CHD in Europe

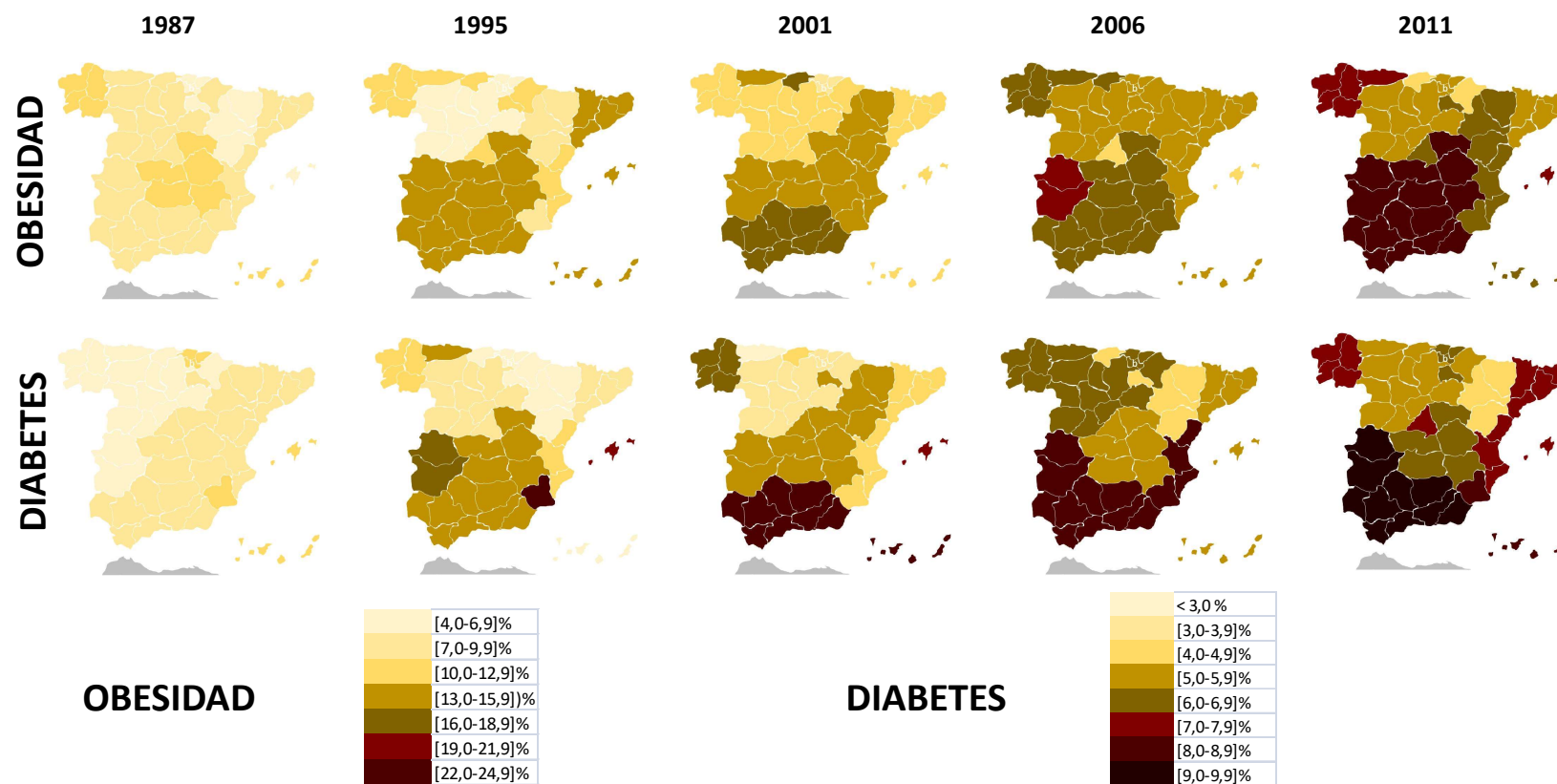
EUROASPIRE STUDY



Kotseva K, et al. Lancet. 2009 Mar 14;373(9667):929-40.

Gyberg V, Kotseva K et al. Cardiovasc Diabetol 2015 Oct 1;14(1):133.

Evolución de la prevalencia de Obesidad y Diabetes

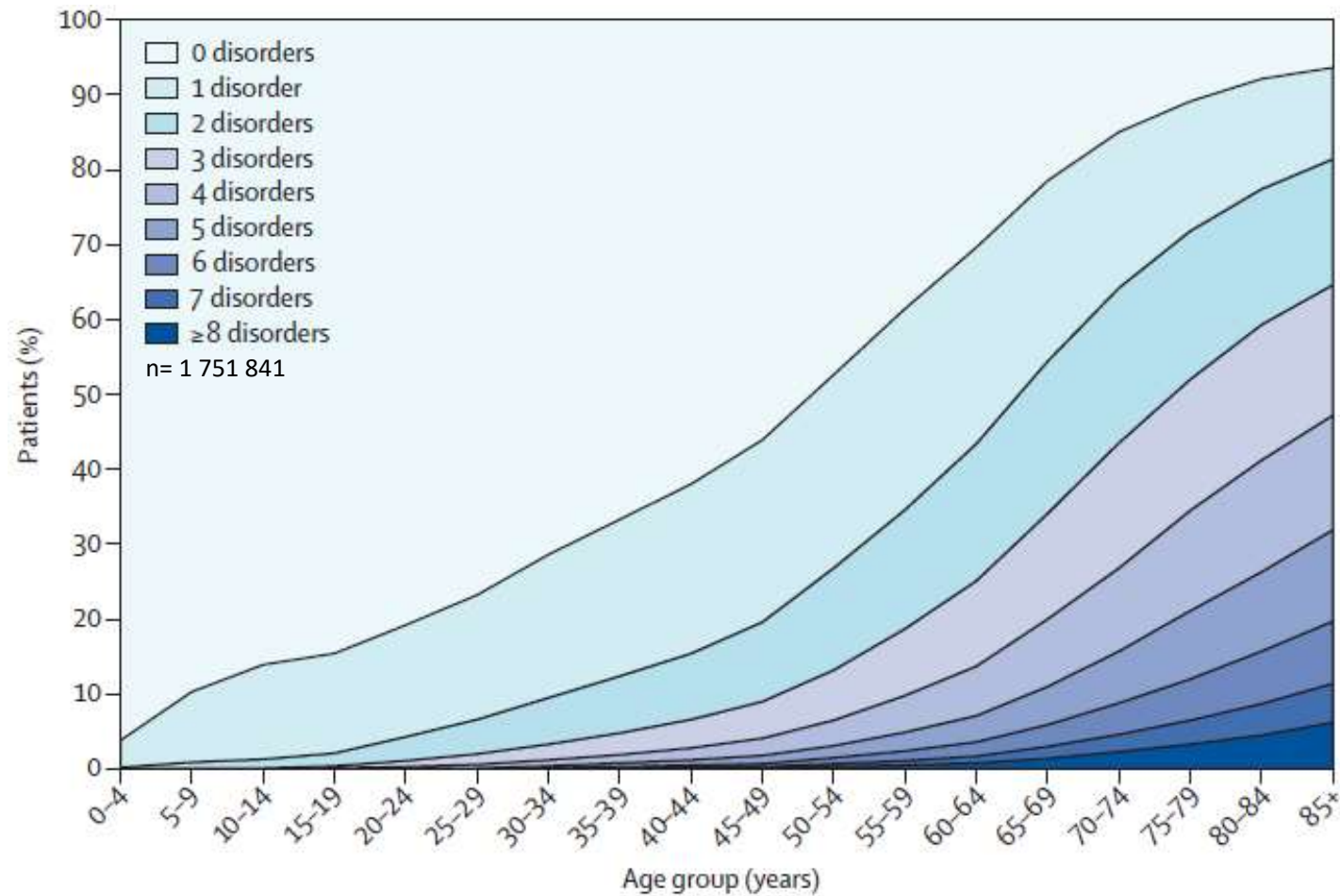


Primary prevention vs Secondary Prevention in Diabetic patients in Spain

	Total	Men	Women	Age <65 years	Age ≥65 years
A1C ≤7% (n = 214,867; women = 102,063; ≥65 years = 139,161)	56.1	55.8	56.5	51.8	58.5
A1C ≤8%	79.6	79.1	80.1	74.2	82.5
A1C >10%	5	5.2	4.7	8	3.3
BP ≤130/80 mmHg (n = 242,842; women = 114,493; ≥65 years = 159,838)	31.7	32.0	31.4	33.3	30.9
BP ≤140/90 mmHg	63.5	63.5	63.1	66.6	61.9
TC <200 mg/dL (n = 221,623; women = 91,627; ≥65 years = 126,014)	61.3	67.3	54.6	55.4	63.4
LDL-C <100 mg/dL (n = 199,586; women = 95,426; ≥65 years = 130,529)	37.9	41.3	34.2	32.8	40.6
LDL-C <130 mg/dL	72.4	75.2	69.4	67.2	75.2
TGs <150 mg/dL (n = 195,285; women = 91,627; ≥65 years = 126,014)	39.6	38.8	40.4	47.2	35.4
BMI <30 kg/m ² (n = 202,451; women = 94,777; ≥65 years = 130,851)	45.4	39.0	52.7	51.5	42.1
Nonsmoker (n = 195,632; women = 96,716; ≥65 years = 138,247)	65.9	45.1	88.8	51.2	73.7
Primary prevention: A1C ≤7%, BP ≤130/80 mmHg, and LDL-C <130 mg/dL (n = 145,605; women = 71,246; ≥65 years = 91,689)	12.9	13.3	12.7	12.2	13.3
Secondary prevention: A1C ≤7%, BP ≤130/80 mmHg, and LDL-C <100 mg/dL (n = 34,310; women = 12,200; ≥65 years = 27,386)	12.1	13.3	9.9	11.9	12.1

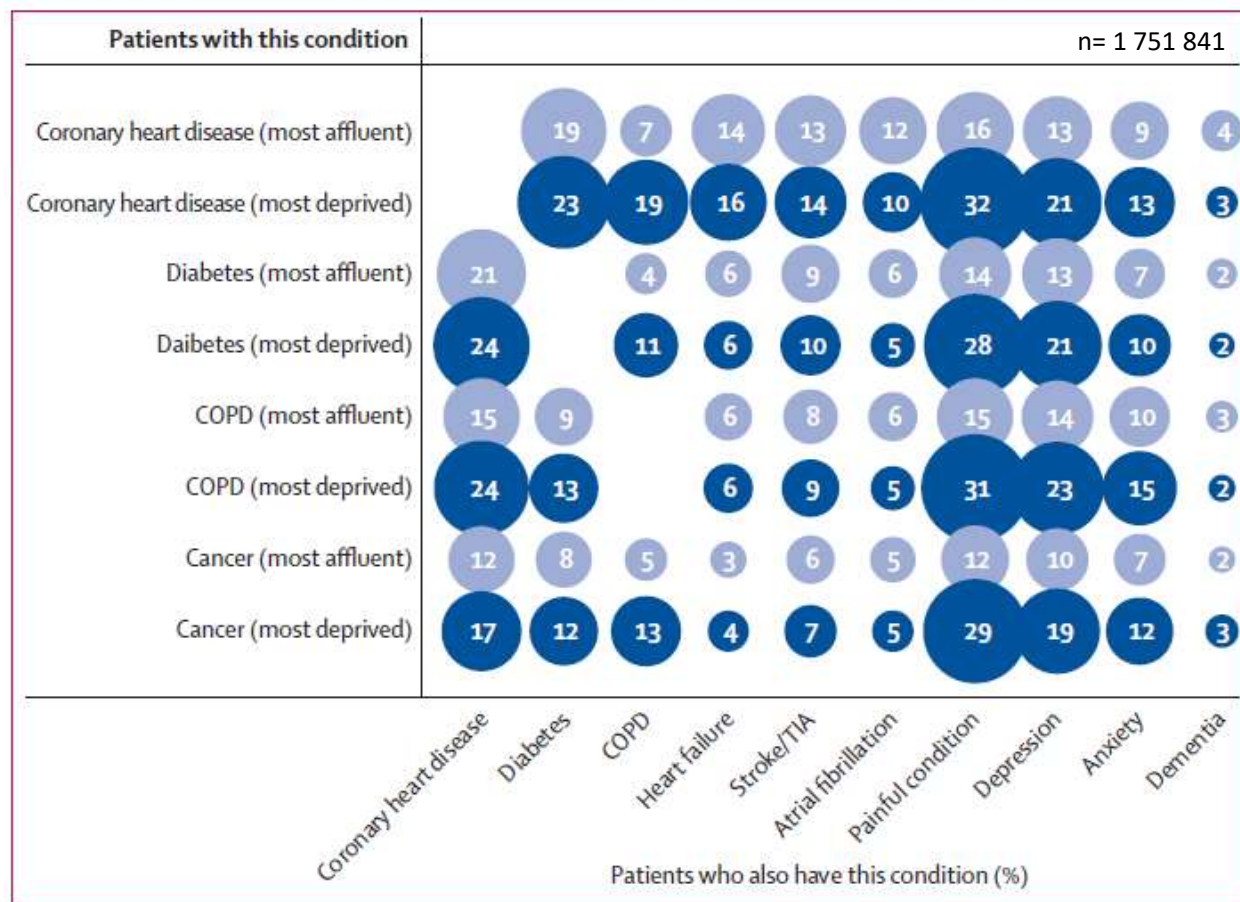
Dara are percentages. The primary and secondary prevention treatment goals were defined according to the local guidelines. The percentages are from the study subjects with available data for each variable. All variables showed significant differences between sex ($P < 0.005$) and age groups ($P < 0.001$).

Edad y Co morbilidad



Barnett K et al. Lancet. 2012 Jul 7;380(9836):37-43.

Co morbilidad



Barnett K et al. Lancet. 2012 Jul 7;380(9836):37-43.

OMS/OPS Características de la nueva atención sanitaria



ATENCIÓN ANTICUADA

- Centrada en la enfermedad
- Atención especializada/hospitalaria
- Centrada en los pacientes individuales
- Reactiva, actúa según los síntomas
- Centrada en el tratamiento

ATENCIÓN EFICAZ

- Centrada en el paciente
- Con base en la APS
- Centrada en las necesidades de la población
- Proactiva, planificada
- Centrada en la prevención



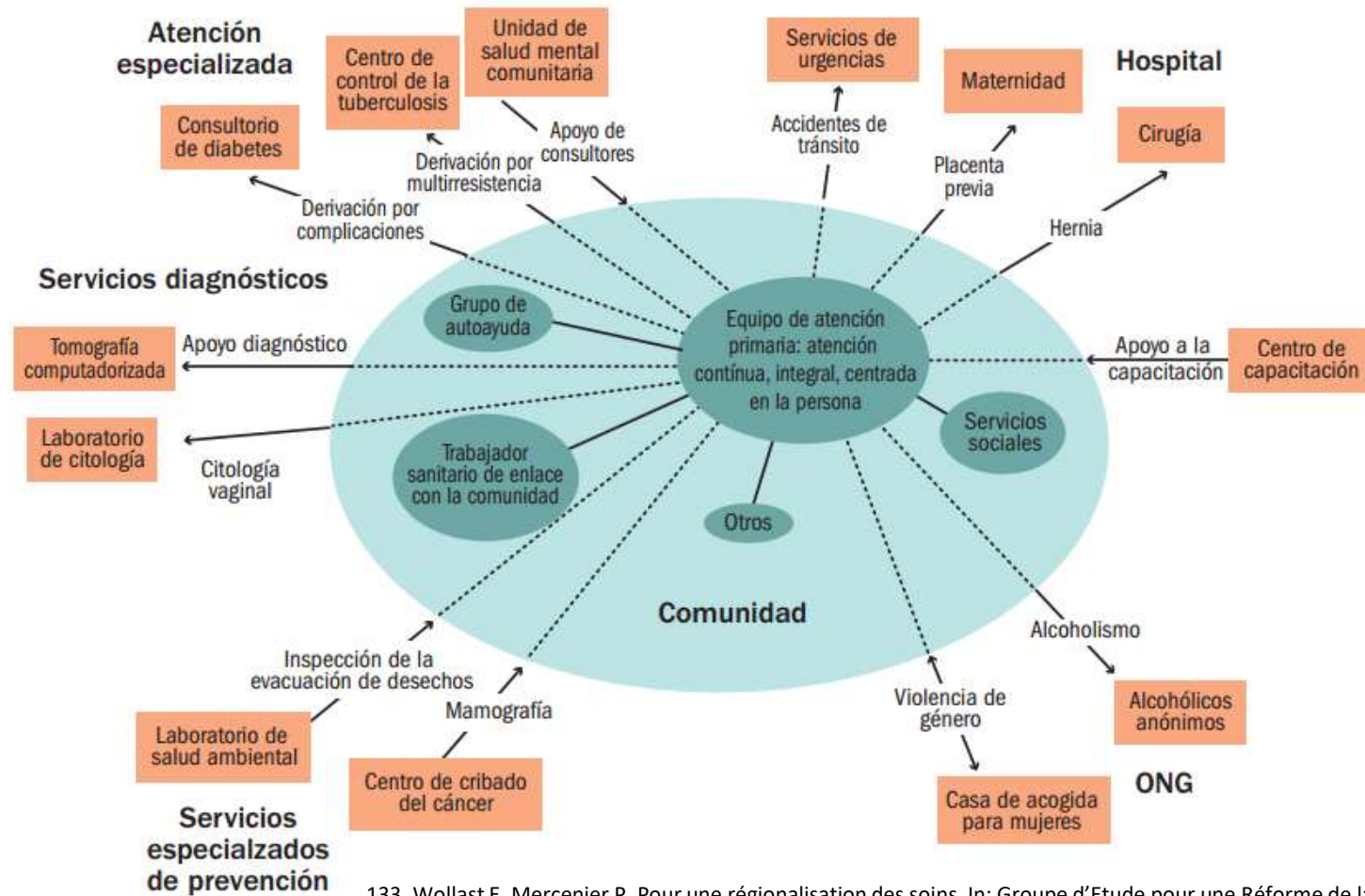
Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

Washington, DC. 2013

Figura 6. La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes a lo interno de la comunidad atendida y con aliados externos.



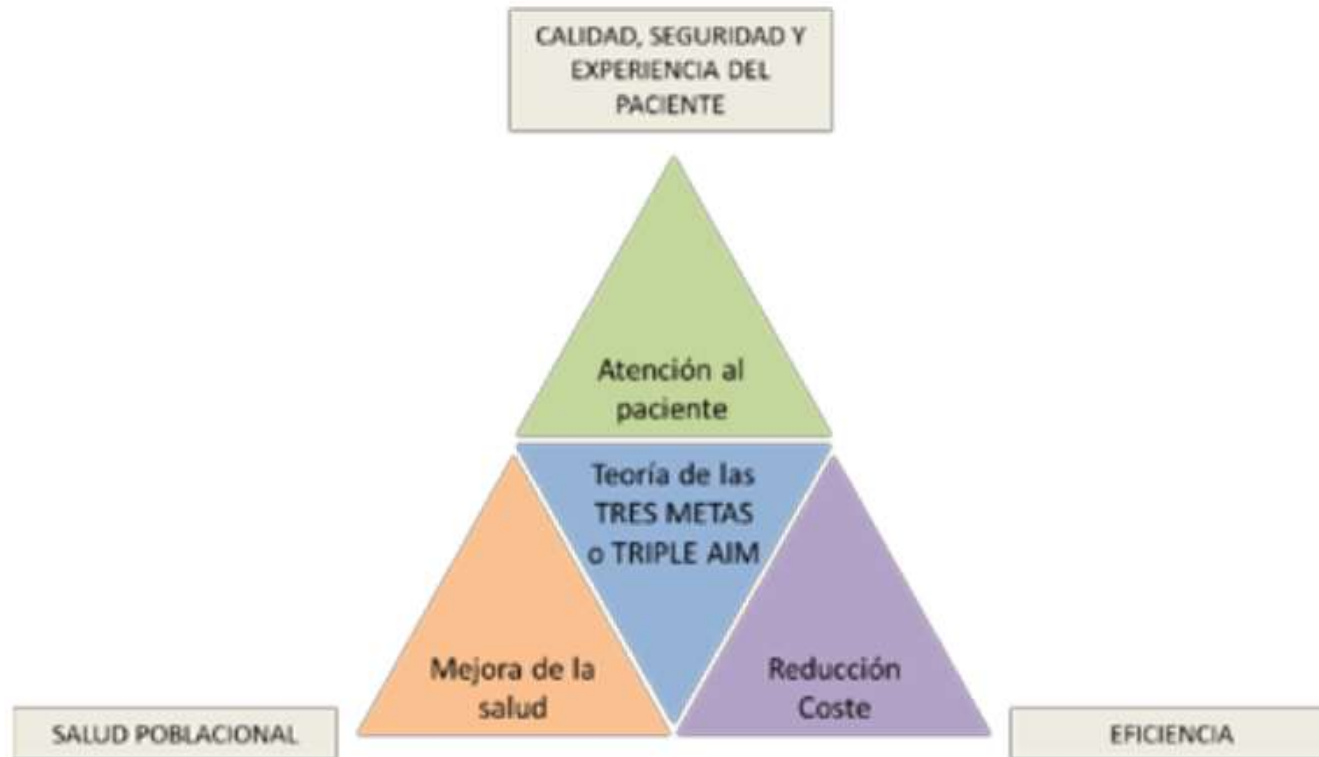
Fuente: Adaptado (133 - 134)

133. Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. Pour une politique de la santé. Brussels: Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle; 1971.

134. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. Integration of vertical programmes in multi-function health services. Antwerp: ITG Press; 1997. (Studies in Health Services Organization and Policy No. 3). Disponible en

<http://www.mediclink.be/mediclink/GeneralSite/InfServices/Downloads/chap03.pdf>. Consultado el 4 de febrero del 2012.

Modelo Triple Meta (Triple Aim)



Fuente: Stiefel M, Nolan K. A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2012. (Disponible en www.IHI.org)

El modelo CCM de Cuidado Crónicos

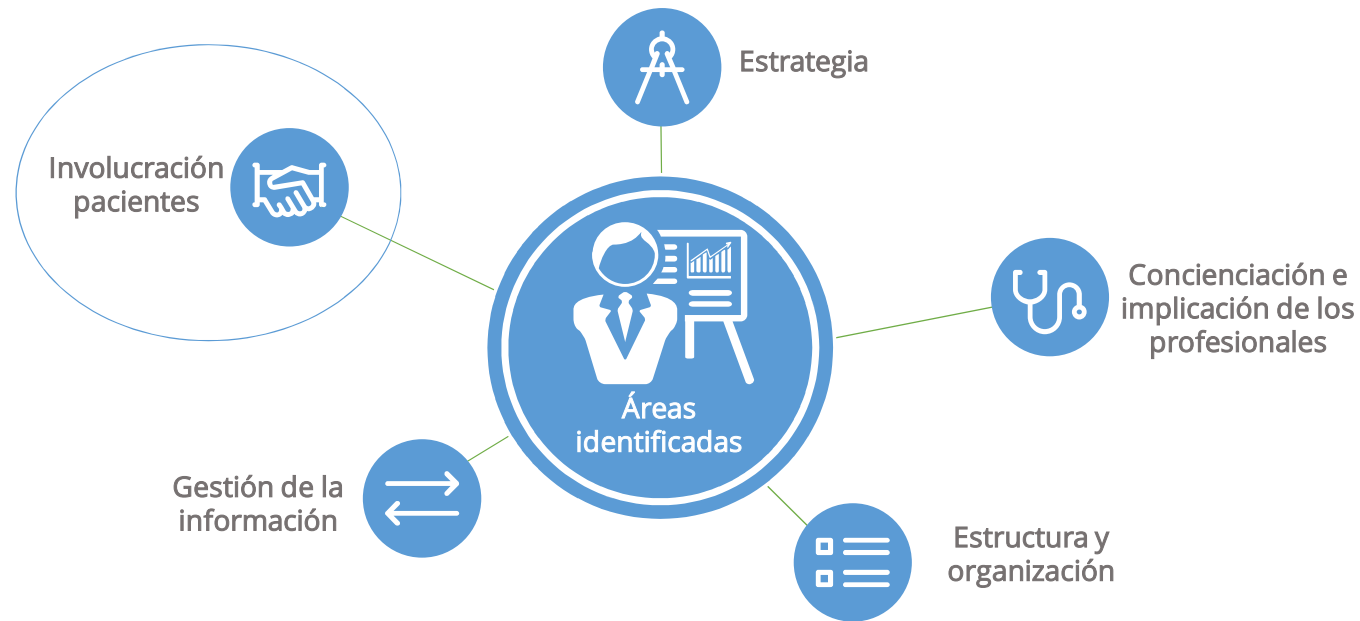


Dr Edward Wagner

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. JAMA. 2002 Oct 16;288(15):1909-14.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. JAMA. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.

Identificación de FACTORES DE ÉXITO en la implementación de la estrategia a la cronicidad



Grupo de expertos en Diabetes 2017.

Gestión de cronicidad ¿Moda o Necesidad?

- Ausencia de síntomas
- Medicación preventiva (no sintomática)
- Co morbilidad

- Poca conciencia del problema de salud
- Falta de adherencia terapéutica
- Profesionales generalistas / Equipos

- Co responsabilidad del paciente
- Toma de decisiones compartidas

Gestión de cronicidad ¿Moda o Necesidad?

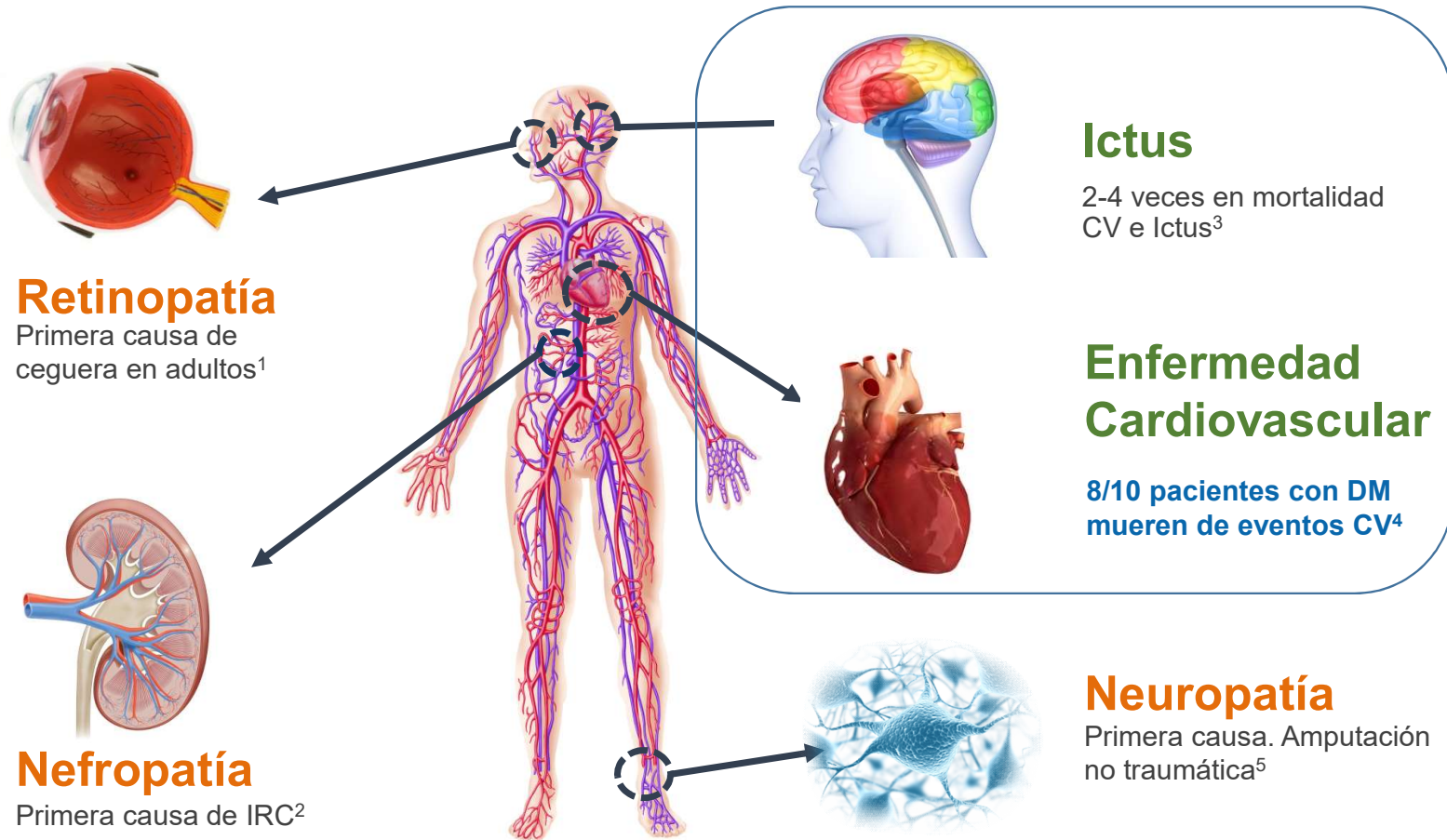
Agudas

- Objetivo : curación
- Tratamiento: Episódico
- Dependen del Profesional

Crónicas

SIN EL
COMPROMISO DEL PACIENTE
NO ES POSIBLE
ALCANZAR EL CONTROL

Complicaciones asociadas a la DM2



¹ Fong DS, et al. Diabetes Care. 2003; 26 [Suppl. 1]:S99–S102. ² Molitch ME, et al. Diabetes Care. 2003; 26 [Suppl.1]:S94–S98. ³ Kannel WB, et al. Am Heart J. 1990; 120:672–676. ⁴ Gray RP et al. In Textbook of Diabetes. 1997. ⁵ Mayfield JA, et al. Diabetes Care. 2003;26 [Suppl. 1]:S78–S79.

Causas de mal control



- Mala adherencia terapéutica.- El olvido es la principal causa.
- Inercia.- Fenómeno de comportamiento/conducta médica.
Parte de la necesidad de aprender a manejar mejor problemas crónicos.

Co responsabilidad



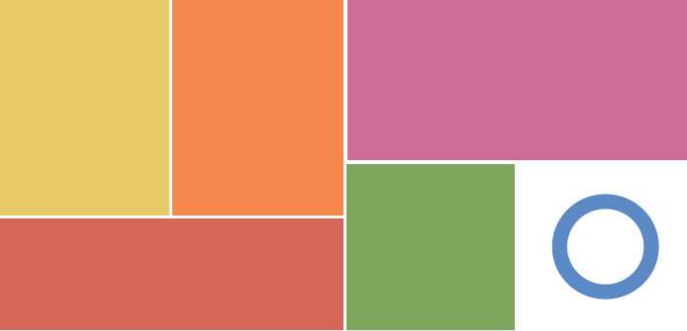
Martha Mitchell Funnell

Investigadora Científica
Asociada, Departamento de
Aprendizaje en Ciencias de la
Salud, Escuela de Medicina
de la Universidad de Michigan
Estados Unidos.



Fabiola Prado de Nitsch

Coordinadora del Programa de
Posgrado en Educación en Diabetes
para Profesionales de la Salud,
Diabetcentro,
Guatemala.



**UN LLAMADO A LA
CORRESPONSABILIDAD:**
CAMBIANDO EL PARADIGMA DE ATENCIÓN
PARA EL MANEJO DE LA DIABETES

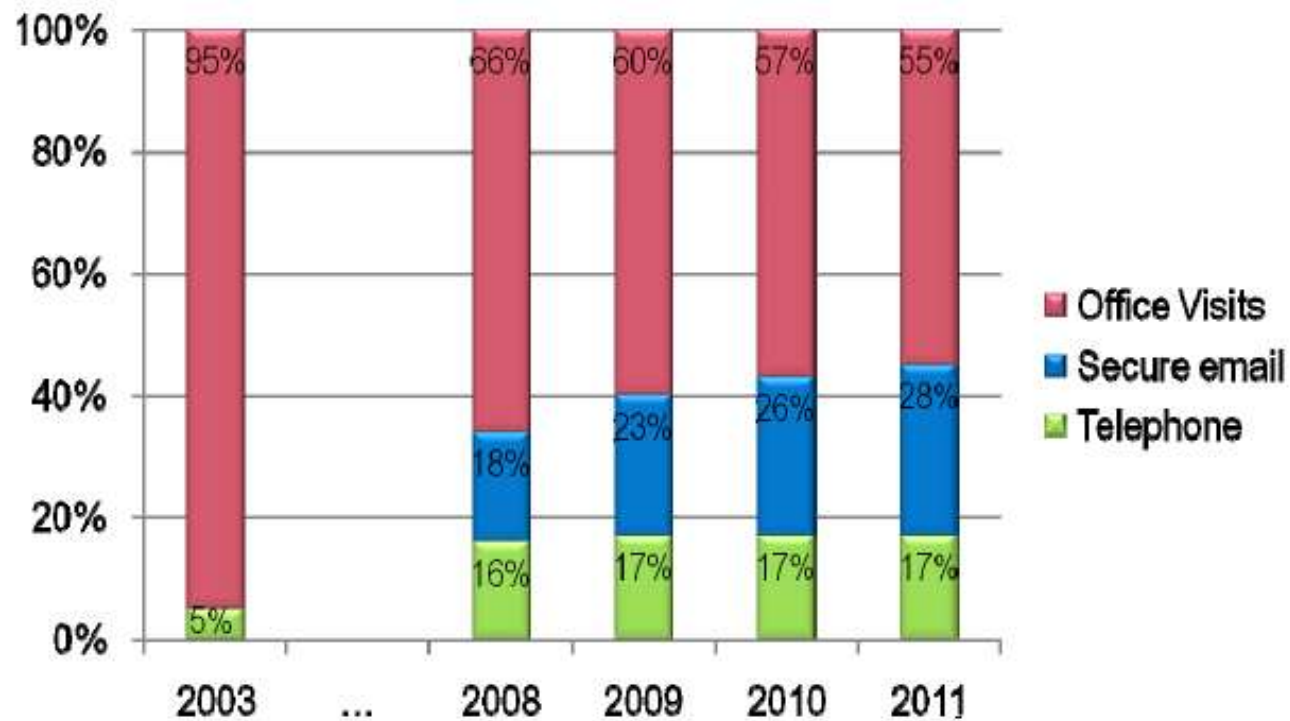
A call for co-responsibility: shifting the healthcare paradigm for diabetes management

Co Responsabilidad: Implicar al paciente

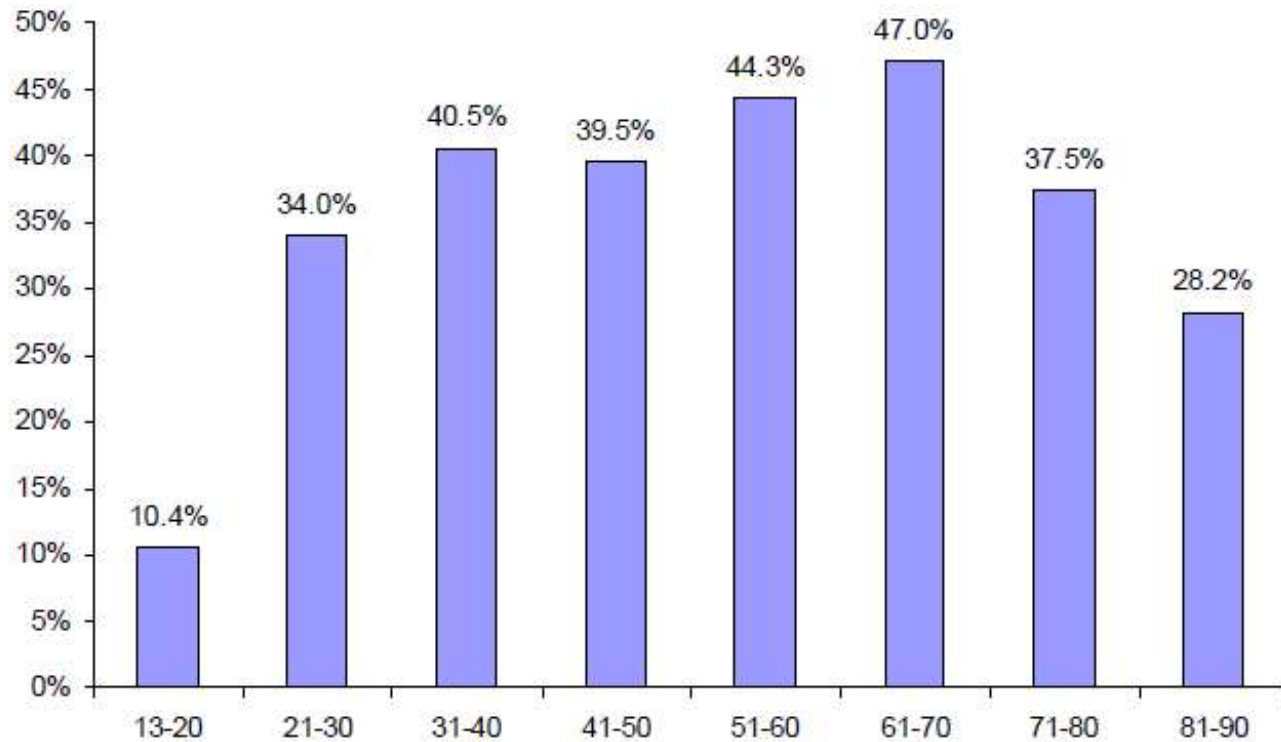
 APROXIMACIÓN GENERAL AL MANEJO DE LA DIABETES	 ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS A LA DIABETES	 NECESIDAD DE CAMBIO	 COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE SALUD	 RELACIÓN PACIENTE-PROVEEDOR	 CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES	 COMPONENTE SOCIAL DE LA DIABETES
Diabetes: Enfermedad <u>Diabetes:</u> <u>condición</u>	No se valora <u>Atender</u> <u>emociones</u>	Desinterés por el cambio <u>Motivación</u>	Centrado en medico <u>Equipos multi</u>	Modelo paternalista <u>Co-</u> <u>responsabilidad</u>	Falta información <u>Formación</u> <u>(pacientes y</u> <u>familias)</u>	Non-comunicable diseases <u>Socialmente</u> <u>transmisibles</u>

A call for co-responsibility: shifting the healthcare paradigm for diabetes management

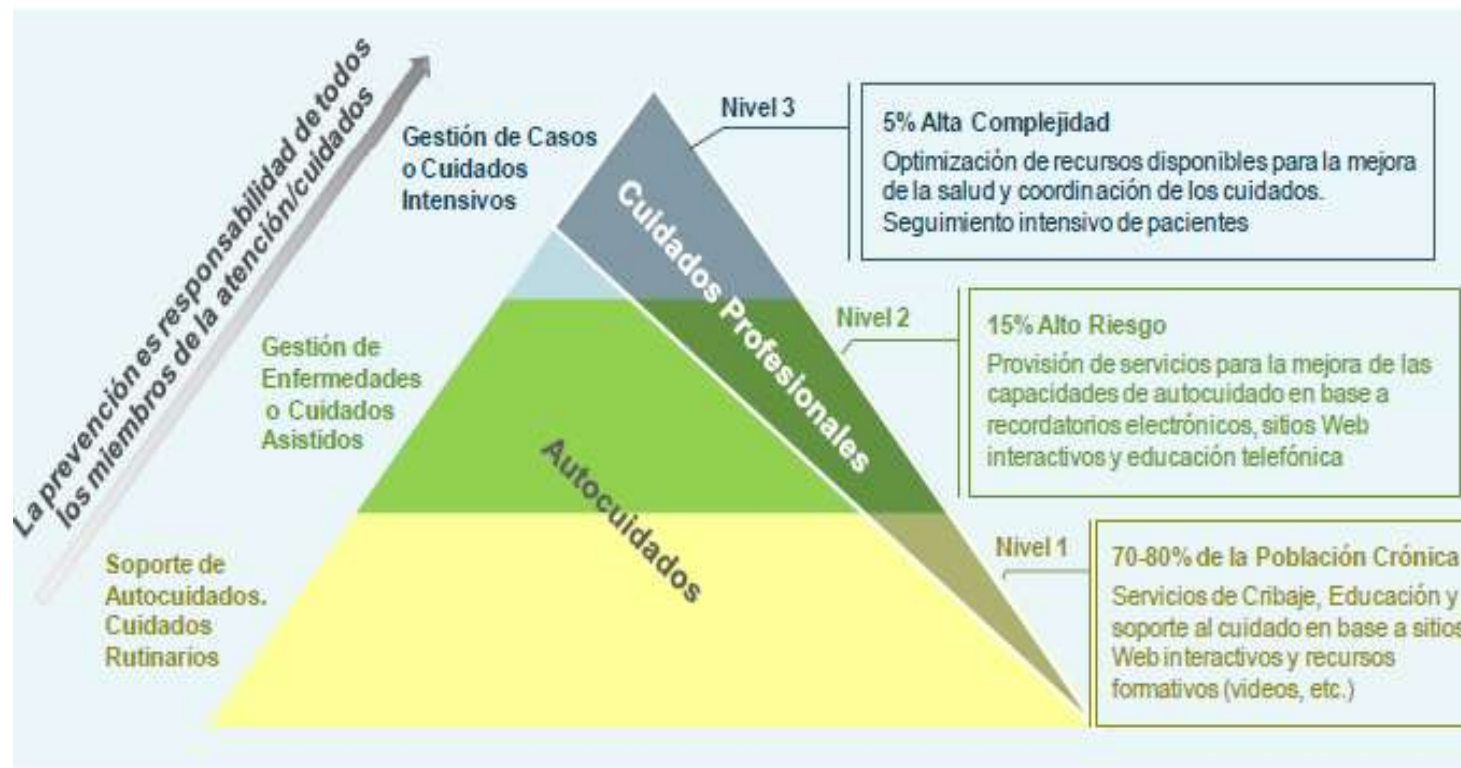
Transforming Primary Care



Proporción de pacientes que usan internet para consulta con el medico por grupo de edad

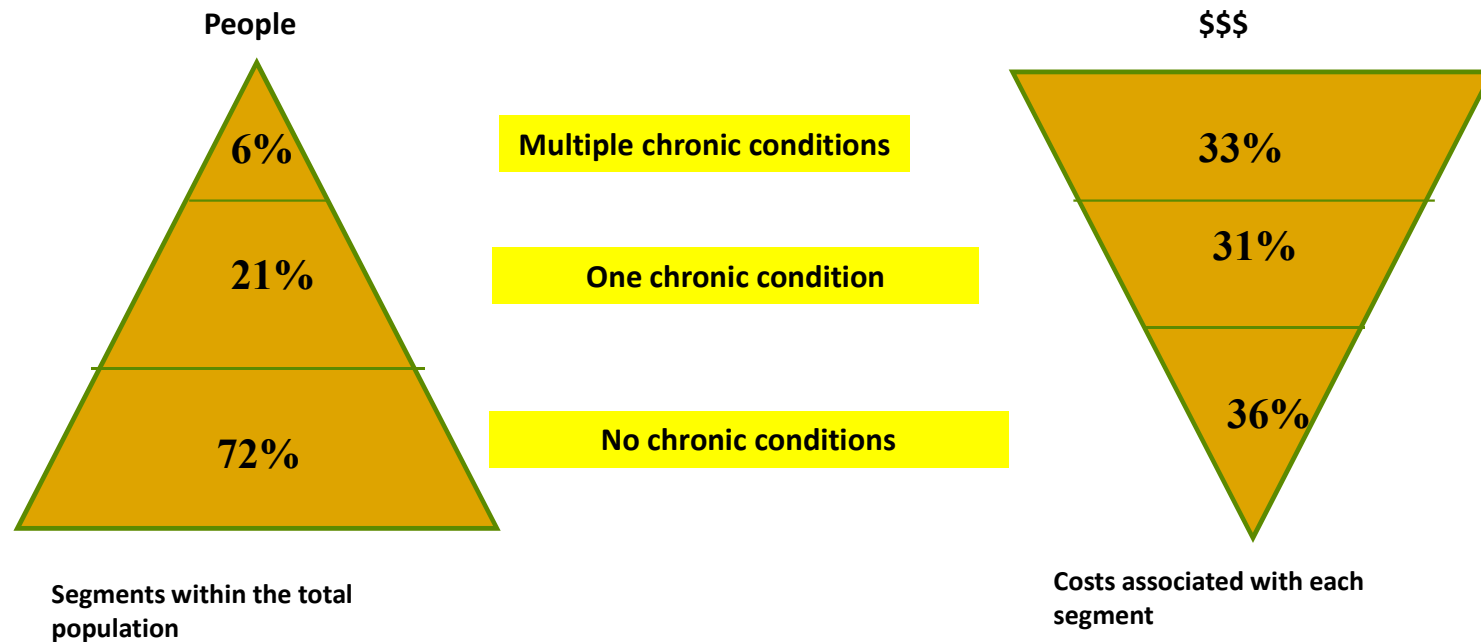


El Modelo Kaiser Permanente



Tomado de: Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana. Líneas de actuación. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia, 2012.

Estratificación del riesgo y costes



Source: Kaiser Permanente Northern California commercial membership, DxCG methodology, 2001.

Clinical Risk Groups (CRGs) Farmaindex

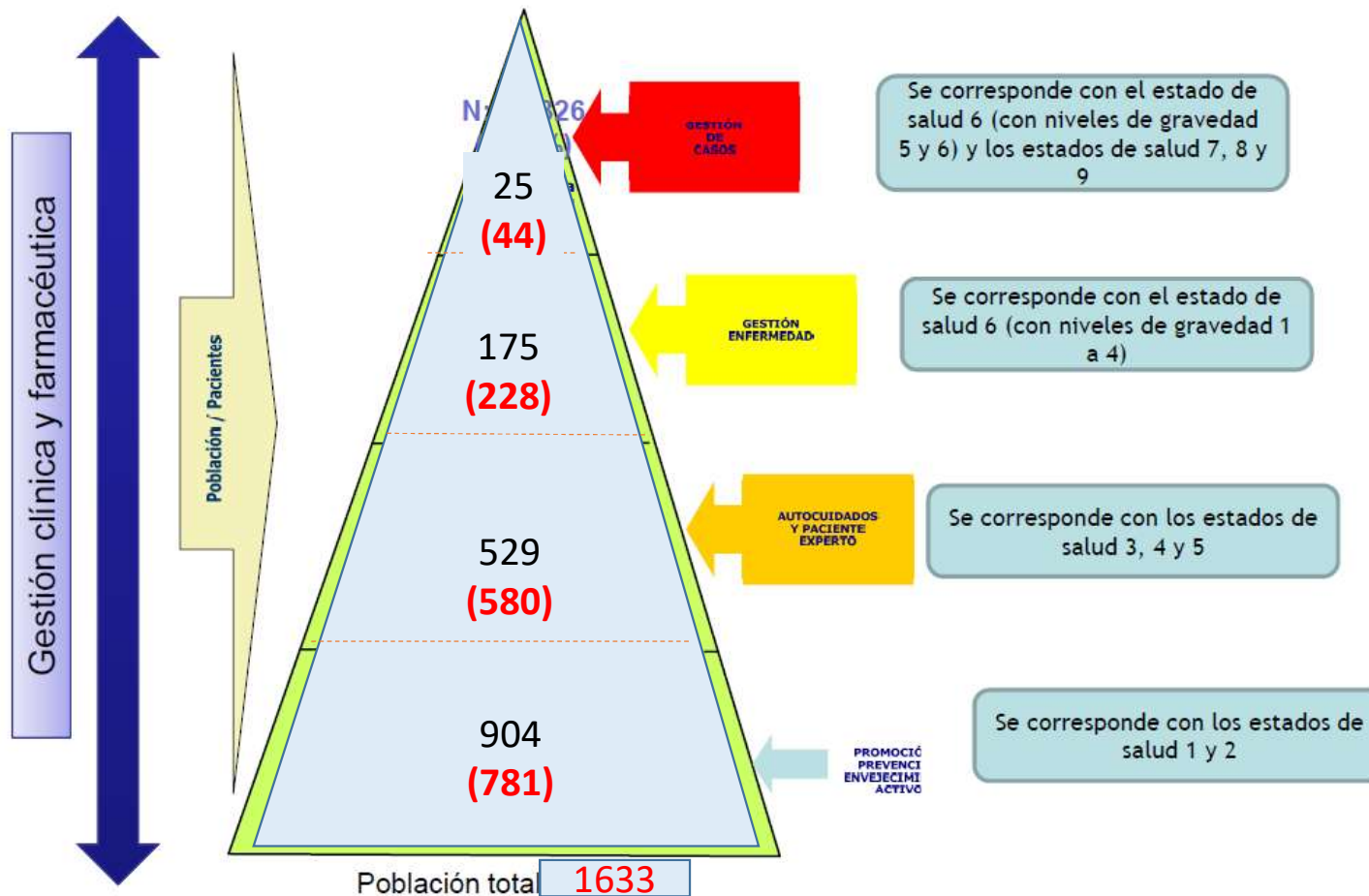
Grupos de estado de salud

1. SANOS
2. ENFERMEDAD AGUDA SIGNIFICATIVA (taquicardia, pancreatitis aguda...)
3. ENFERMEDAD CRÓNICA MENOR ÚNICA (migraña, sordera...)
4. ENFERMEDAD CRÓNICA MENOR EN MÚLTIPLES SISTEMAS ORGÁNICOS
5. ENFERMEDAD DOMINANTE O CRÓNICA MODERADA ÚNICA (asma, epilepsia...)
6. ENFERMEDAD SIGNIFICATIVA CRÓNICA EN MÚLTIPLES SISTEMAS ORGÁNICO (insuficiencia cardíaca congestiva con migraña)
7. ENFERMEDAD DOMINANTE CRÓNICA EN 3 O MÁS SISTEMAS ORGÁNICOS (insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes...)
8. NEOPLASIAS DOMINANTES, METASTÁSICAS Y COMPLICADAS
9. NECESIDADES SANITARIAS ELEVADAS (IR diálisis, fibrosis quística...)

Gravedad

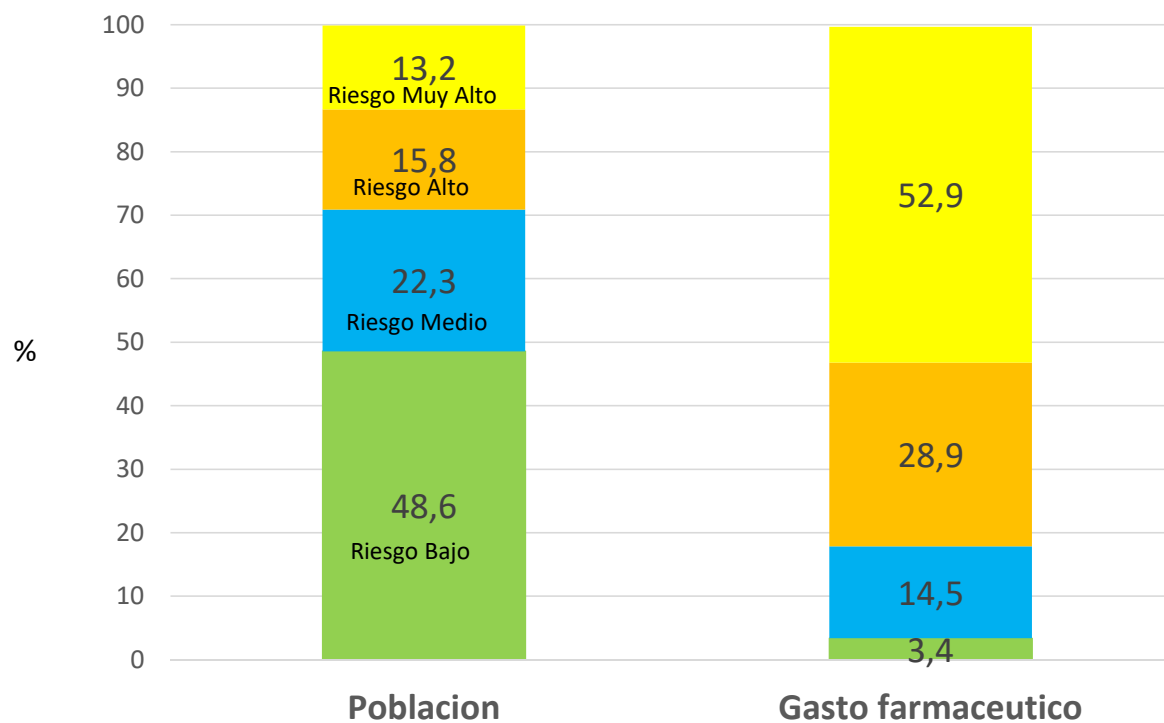
1. *Combinación de diagnósticos en la historia del paciente*
2. *Antigüedad del diagnóstico*
3. *Lugar dónde se produce el contacto*
4. *Persistencia o recurrencia en el tiempo de un determinado diagnóstico*
5. *Edad del individuo*

MARCO ESTRATÉGICO INTEGRADOR



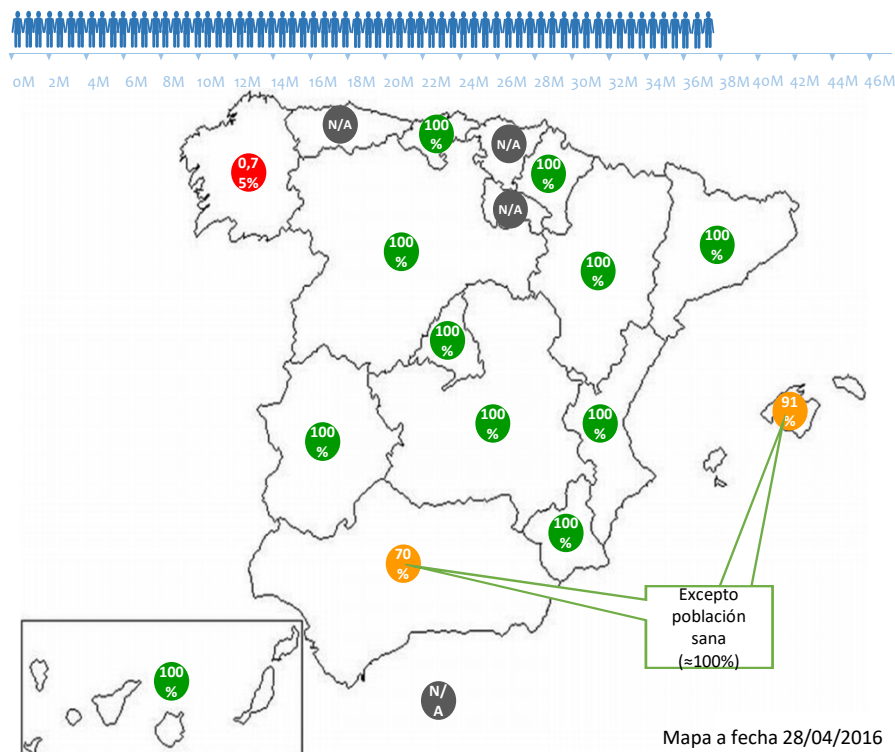
Fuente: Estrategia de atención al paciente crónico Comunidad Valenciana

Población según nivel de riesgo y gasto farmacéutico anual/paciente



Actualización de información sobre el uso de la herramienta de estratificación basada en GMA©

1.- Antecedentes.



El agrupador GMA

Conceptos Básicos

Clasificación de multimorbilidad

- Identificación de las enfermedades crónicas
- Agrupación de los cód.diagnósticos

Determinación de la complejidad

- *Visitas en atención primaria*
- *Hospitalizaciones*
- *Gasto en farmacia*
- *mortalidad*

Arquitectura

Grupo de Morbilidad	Nivel de Complejidad				
Pacientes con neoplasias en el periodo	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 4 o más sistemas	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 2-3 sistemas	1	2	3	4	5
Pacientes con patología crónica en 1 sistema	1	2	3	4	5
Pacientes con patología aguda	1	2	3	4	5
Embarazos y partos	1	2	3	4	5
Población sana	1				

◀ Complejidad ▶

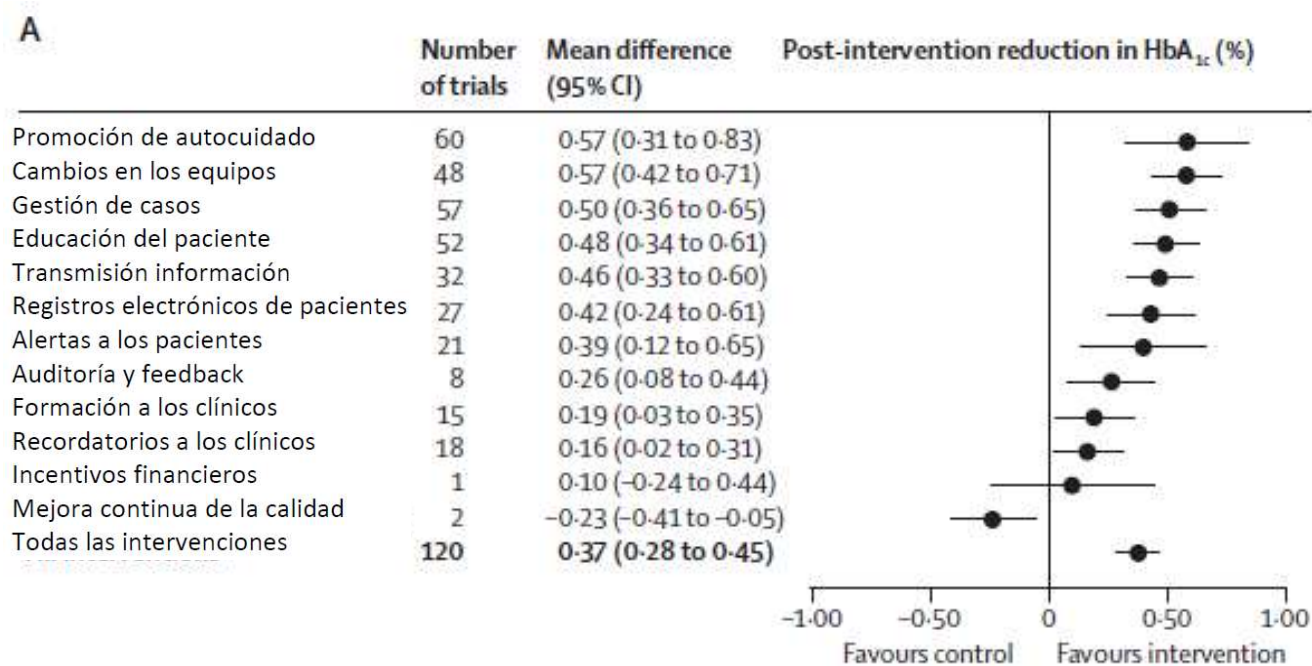
Adicionalmente, a nivel individual, se proporciona:

- Etiqueta clínica (resumen de las principales patologías)
- Nivel de complejidad específico

LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS

NUEVAS ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

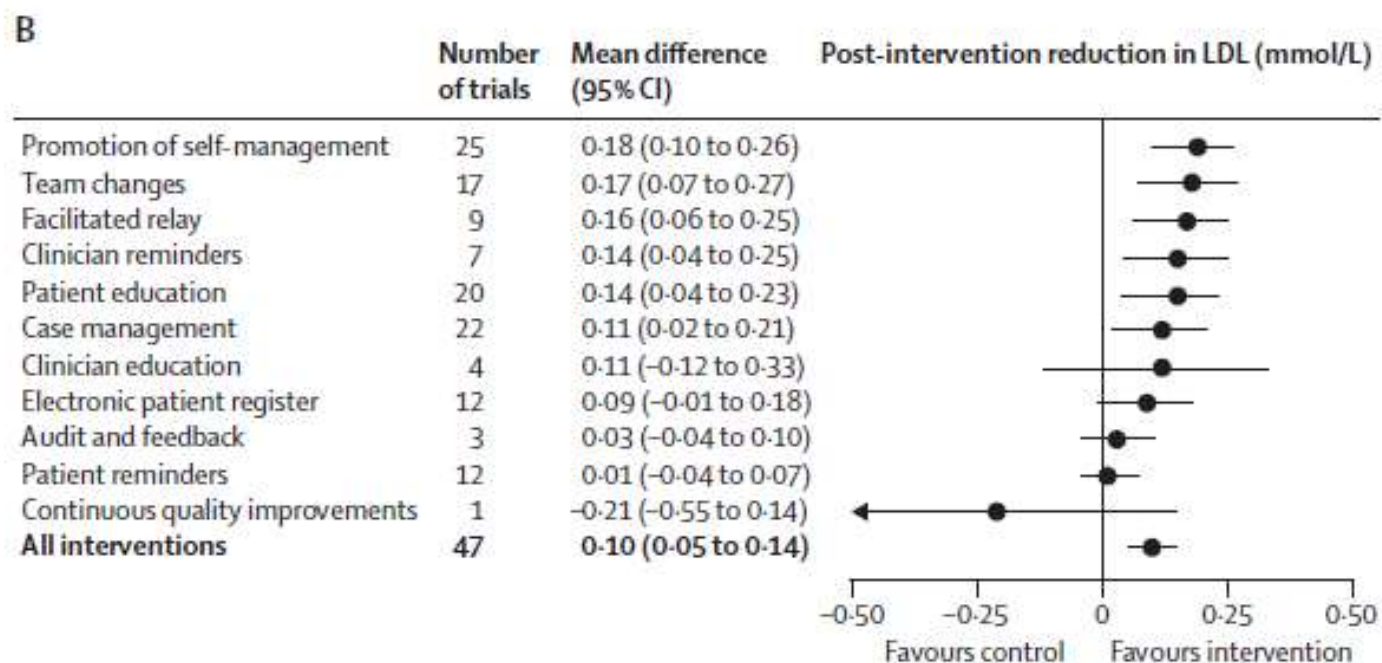
Evidencias del CCM: HbA1c



Andrea C Tricco, Noah M Ivers, Jeremy M Grimshaw, David Moher, Lucy Turner, James Galiipeau, Ilana Halperin, Brigitte Vachon, Tim Ramsay, Braden Manns, Marcello Tonelli, Kaveh Shojania

Lancet 2012; 379: 2252-61

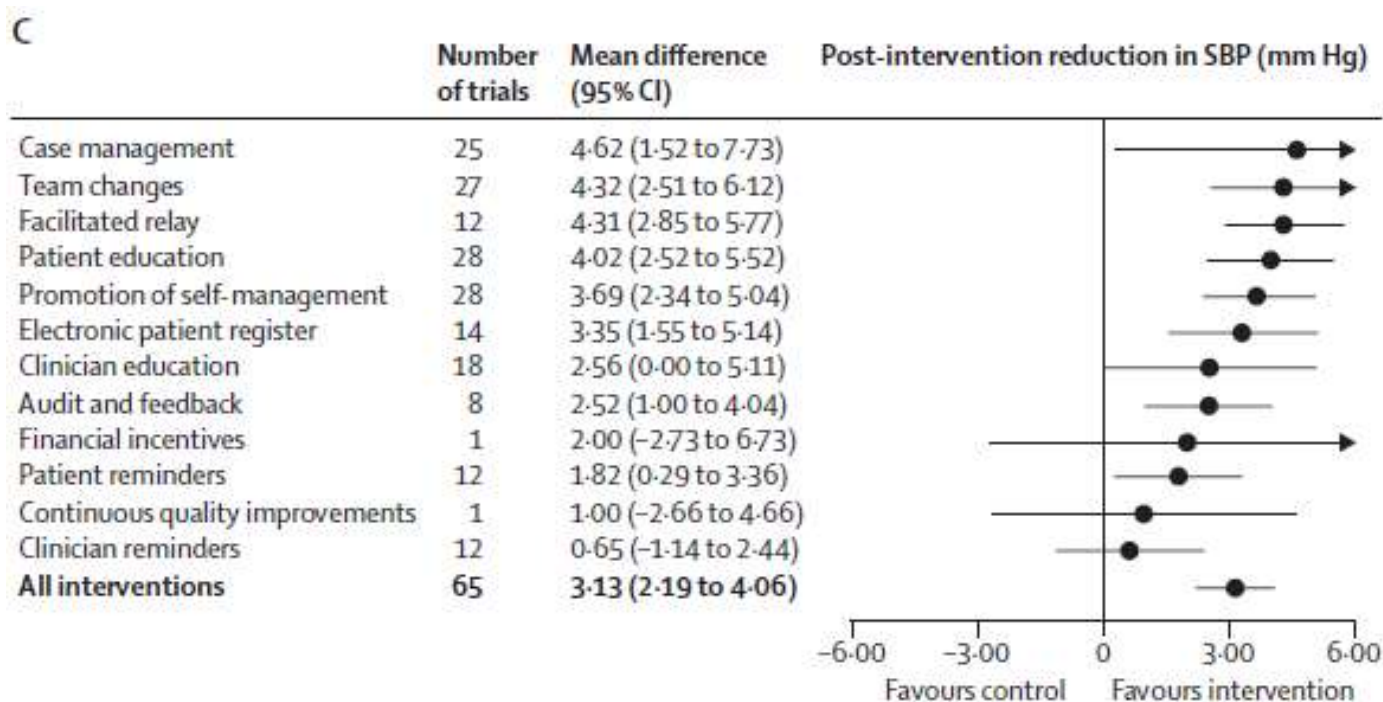
Evidencias del CCM: LDL colesterol



Andrea C Tricco, Noah M Ivers, Jeremy M Grimshaw, David Moher, Lucy Turner, James Galipeau, Ilana Halperin, Brigitte Vachon, Tim Ramsay, Braden Manns, Marcello Tonelli, Kaveh Shojania

Lancet 2012; 379: 2252-61

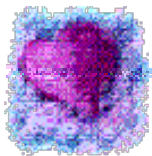
Evidencias del CCM: P. Arterial



Andrea C Tricco, Noah M Ivers, Jeremy M Grimshaw, David Moher, Lucy Turner, James Galipeau, Ilana Halperin, Brigitte Vachon, Tim Ramsay, Braden Manns, Marcello Tonelli, Kaveh Shojania

Lancet 2012; 379: 2252-61

Estudio PROPRESE



PROGRAMA PROPRESE

Nivel conoc: ☐ A ☐ M ☐ B
Riesgo: ☐ A ☐ M ☐ B

Fecha Visita

Valoración

Glucemia Basal		
Hemoglobina glicosilada (último 6 meses)		
Función Renal (F. Glom.)		
Tensión Arterial Sistólica		
Tensión Arterial Diastólica		
Colesterol-LDL		
Peso		
IMC		

Si/No

Valor

Cumplimiento fármacos		
Tabaco		
Dieta Mediterránea		
Ejercicio físico		

Objetivos para próxima visita

Nuevos Dx

Compromiso médico/enfermera

Compromiso del paciente

Tratamiento

Fármaco	De	Co	Ce

Próxima Visita

Formación
(pacientes y familias)

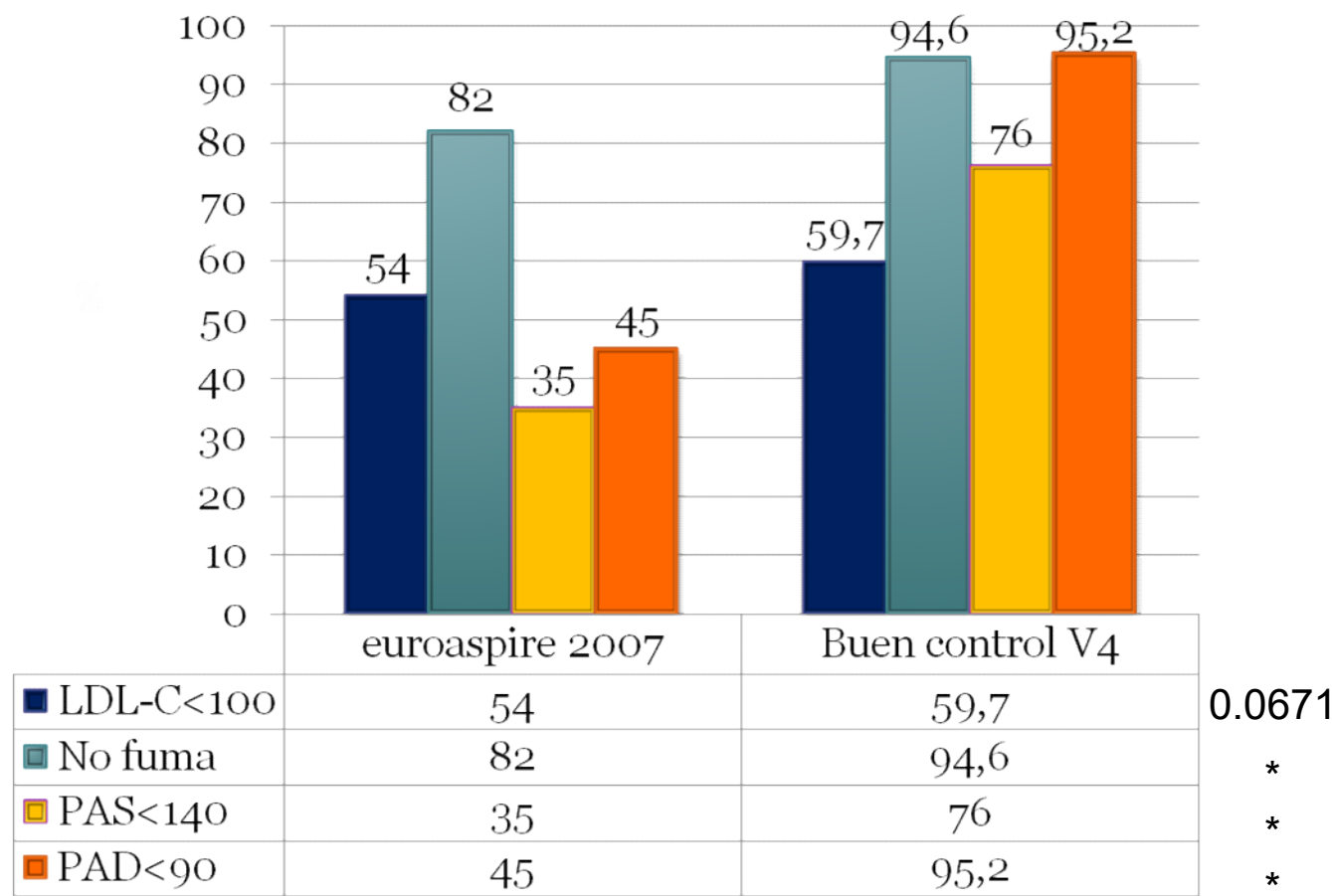
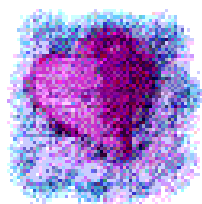
Equipos multi

Co-responsabilidad

Motivación

Diabetes: condición

Grado de control: EUROASPIRE vs PROPRESE

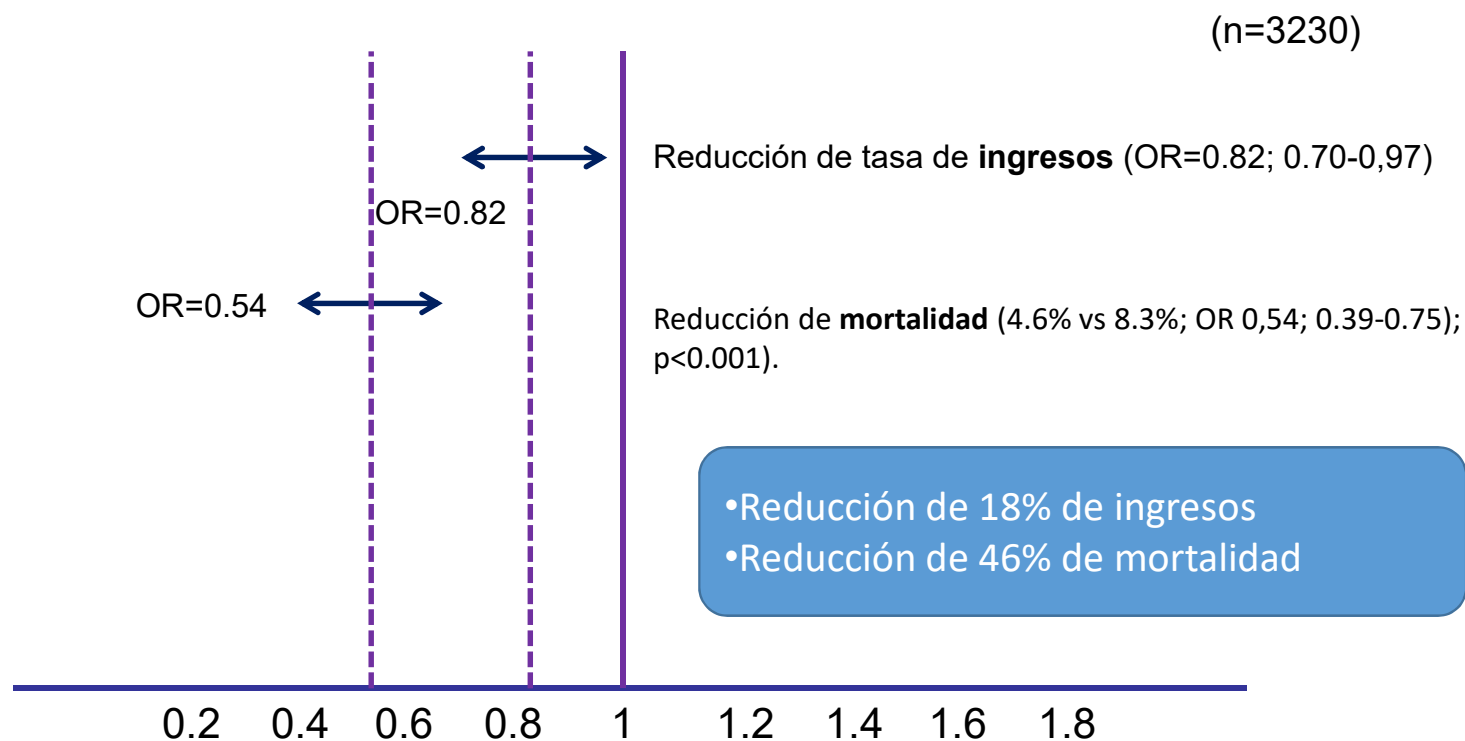


*: p<0.001

TICs: Efectos de la Telemedicina

En pacientes con EPOC, Insuficiencia Cardíaca y/o diabetes

PROYECTO The Nuffield Trust



Steventon et al. BMJ. 2012 Jun 21;344:e3874.

Estudio VALCRONIC: Patologías incluidas

- 1 **DIABETES MELLITUS TIPO 2**
- 2 **EPOC**
- 3 **INSUFICIENCIA CARDIACA**
- 4 **HIPERTENSION ARTERIAL**

Realizado por los profesionales
de salud

Con la colaboración de
Telefónica



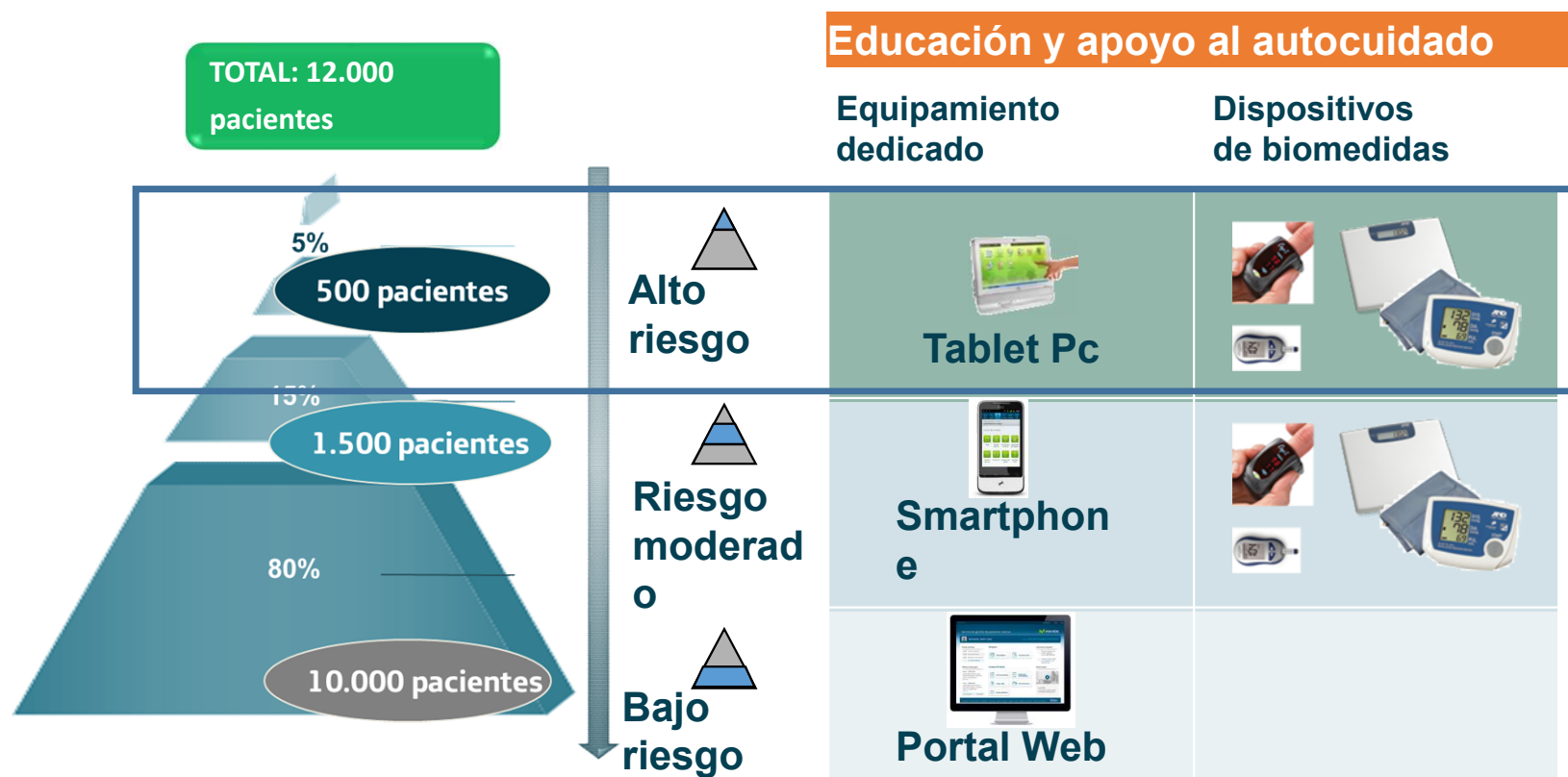
Tasa de abandonos 15%



¡Más de 3.000 resultados en Google!



Intervención según riesgo del paciente



Comunicación
Protocolos de actuación de los profesionales,
Formación a los pacientes

Estudio VALCRONIC: Equipo investigador



Estudio VALCRONIC: Alertas

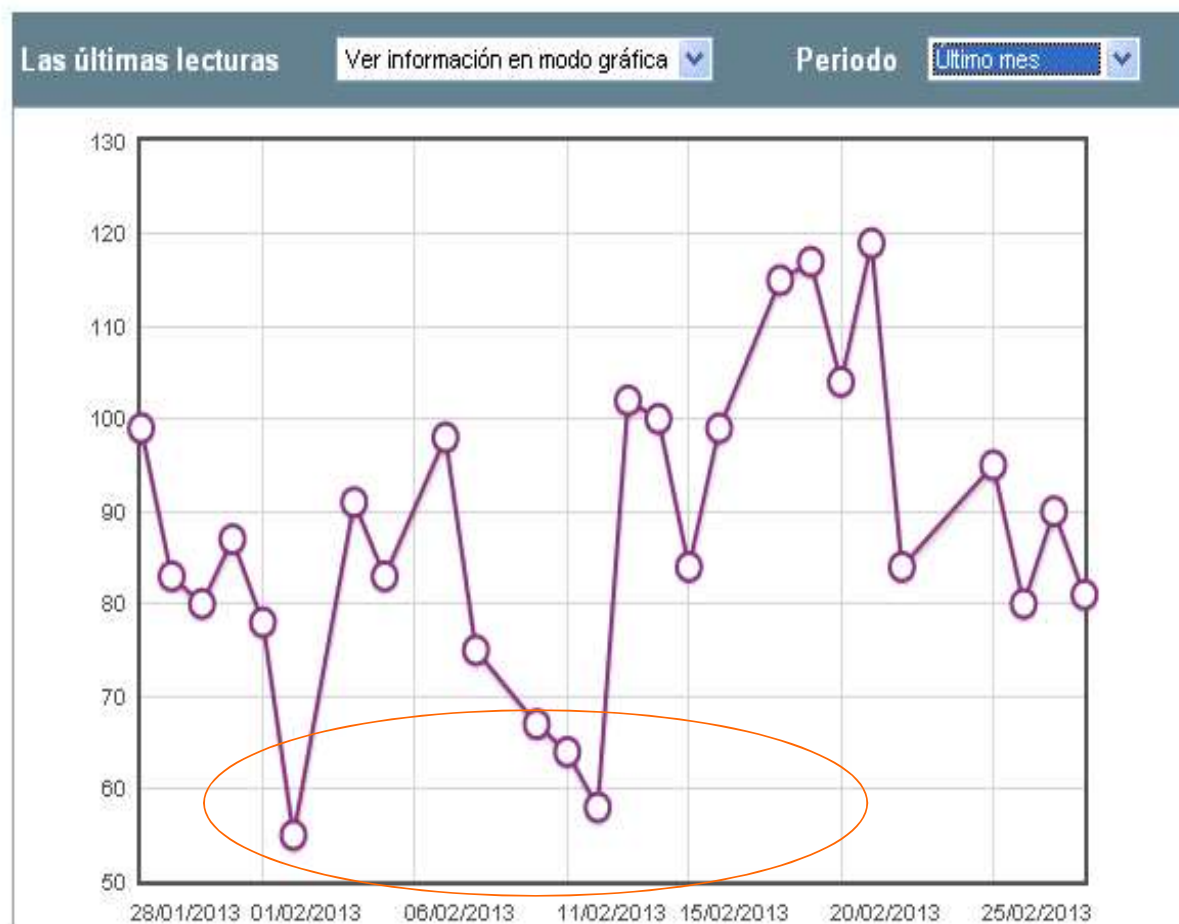




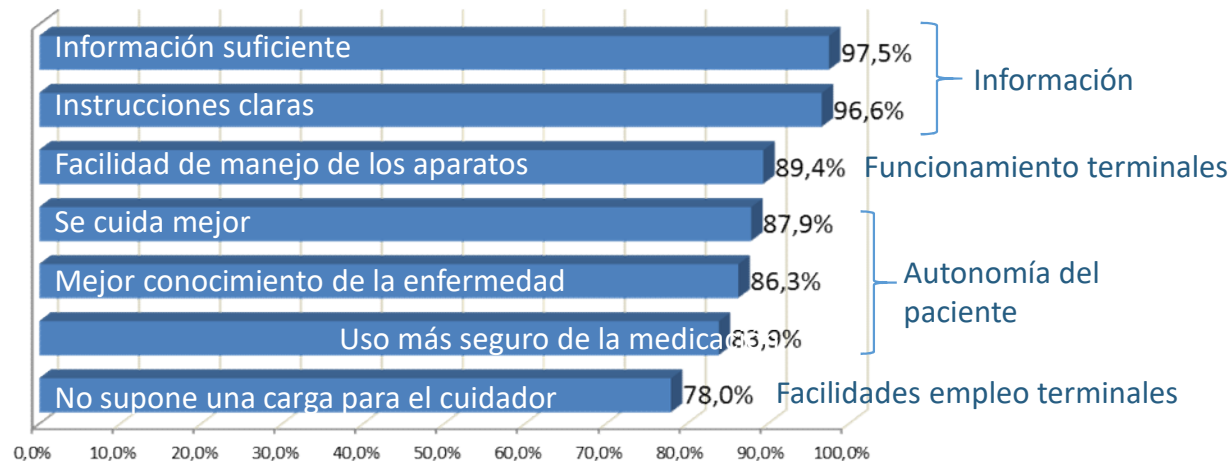
COMPARTIMOS

Hipoglucemia inadvertidas

Agencia Valenciana de la Salud

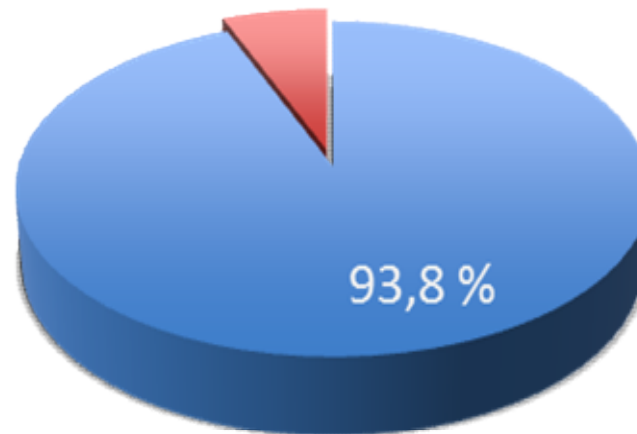


Opinión de los Pacientes



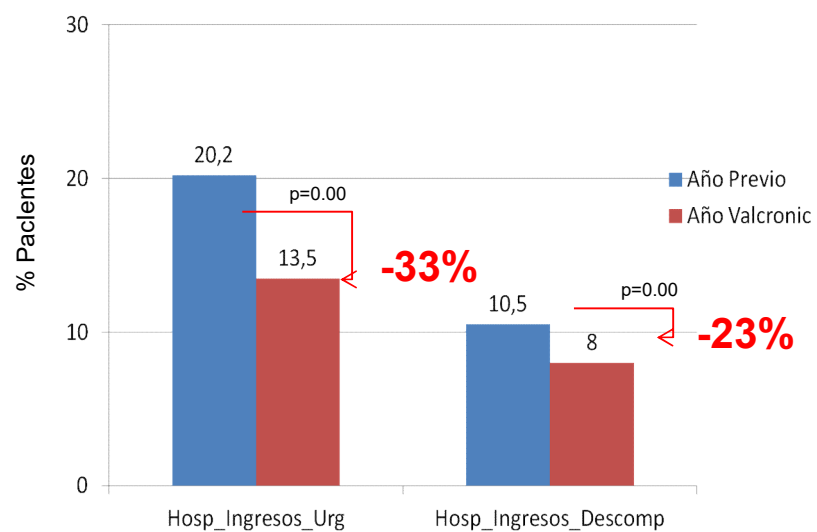
Tasa de respuesta del 78,5%

Recomendaría
ValCrònic

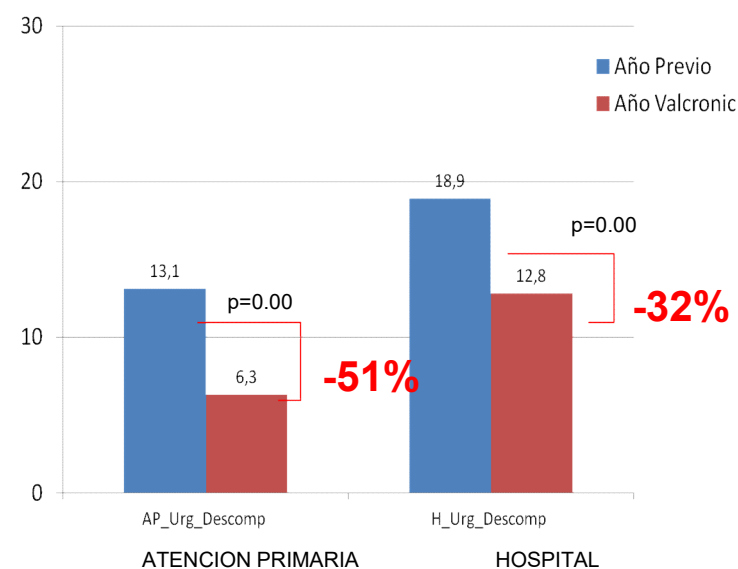


Estudio VALCRONIC: Beneficios

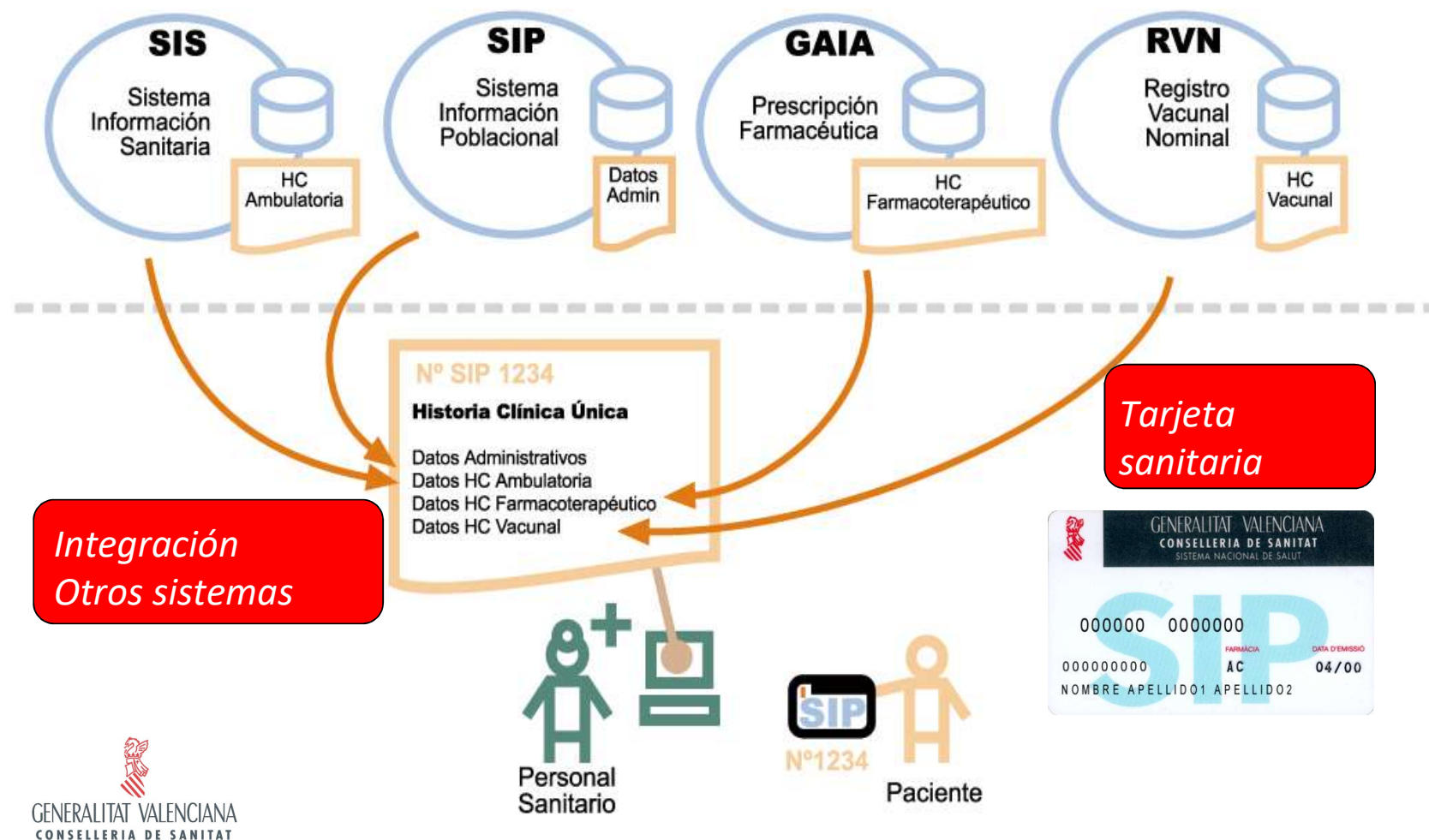
Ingresos en Hospital



Urgencias



Historia clínica ambulatoria informatizada: **ABUCASIS**



COMITÉ CIENTIFICO



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ
Vicente Gil Guillen
Domingo Orozco Beltrán

UNIVERSIDAD JAUME I
Vicente Pallares

UNIVERSIDAD DE VALENCIA
Josep Redón Mas
Jose M Martin Moreno
Jorge Navarro Pérez

SEMERGEN/ SVMFIC
Francisco Valls
Carlos Sanchis

CONSELLERIA
Elias Ruiz
Ruth Uso
Jose L Trillo

Asesoría Científica
Universidad A Coruña
Universidad de Chicago
Richard Cooper
Ramon Durazo-Arvizu
Secretaria informática
Antonio Fernández
Empresa Exilio SI SL

Secretaria técnica
Ana Perez Navarro

Asesoría Estadística
MariaTellez. INCLIVA
Salvador Pita. A Coruña

Investigadores de Atención Primaria

MEDICOS/AS **ENFERMEROS/AS**
450 550

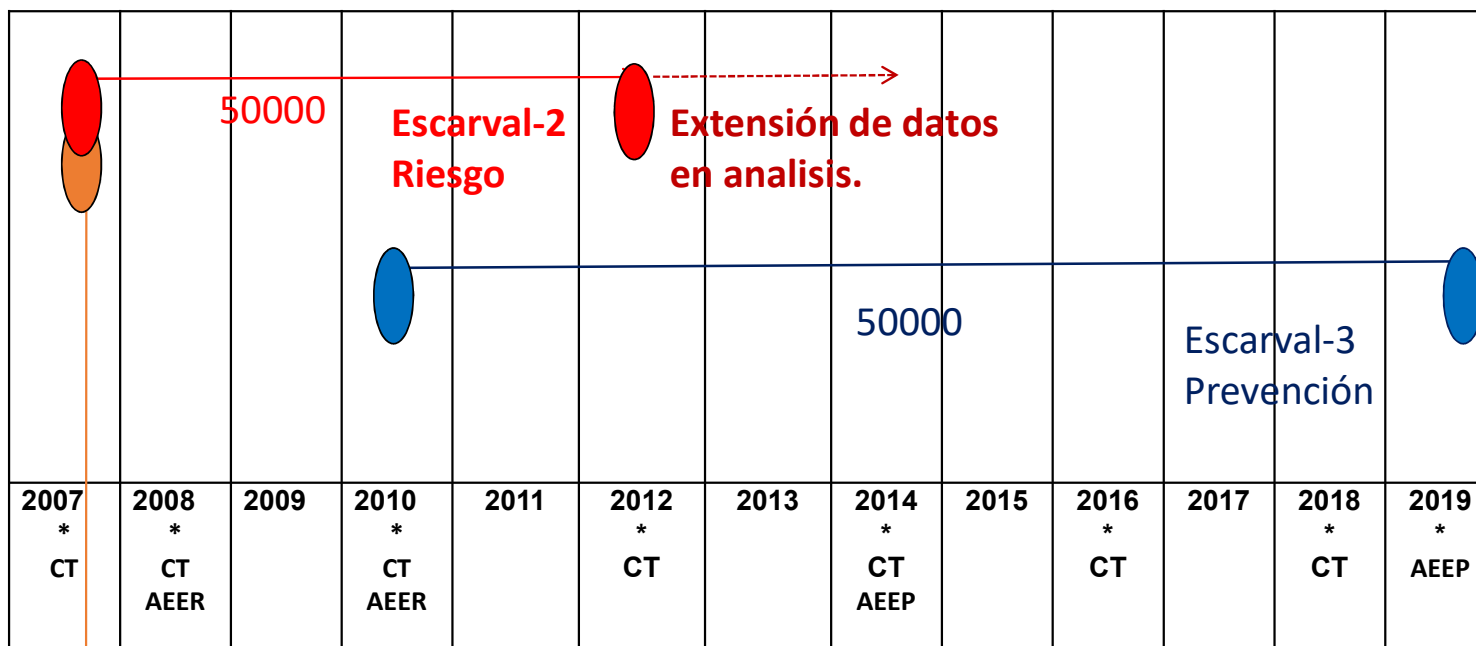


 **GENERALITAT VALENCIANA**
CONSELLERIA DE SANITAT

Escarval-1 Transversal: Mapa epidemiológico cardiovascular. Plan desalud.. Prevalencias

Escarval-2 Riesgo: Cohorte de pacientes con HTA, DM, DLP. Incidencias.

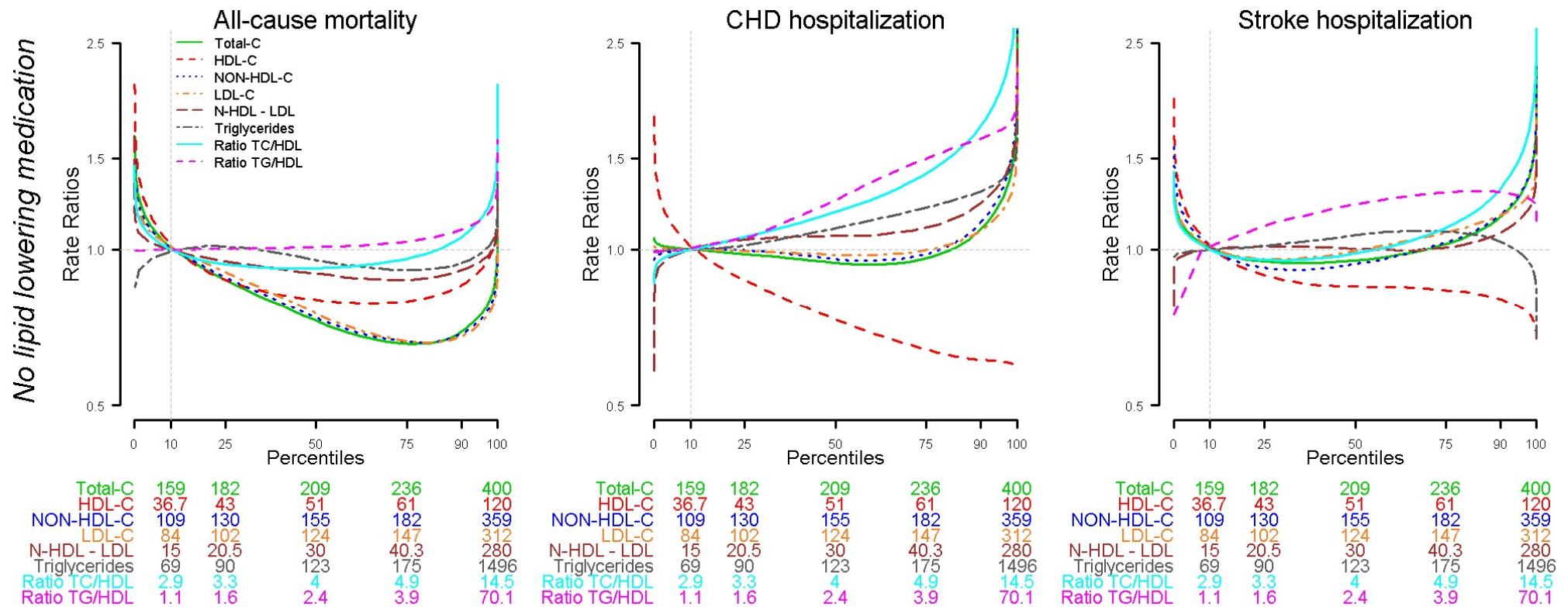
Escarval-3 Prevención: Cohorte de pacientes sanos. Programa Adulto Sano. Biobanco



**Escarval-1
Transversal**

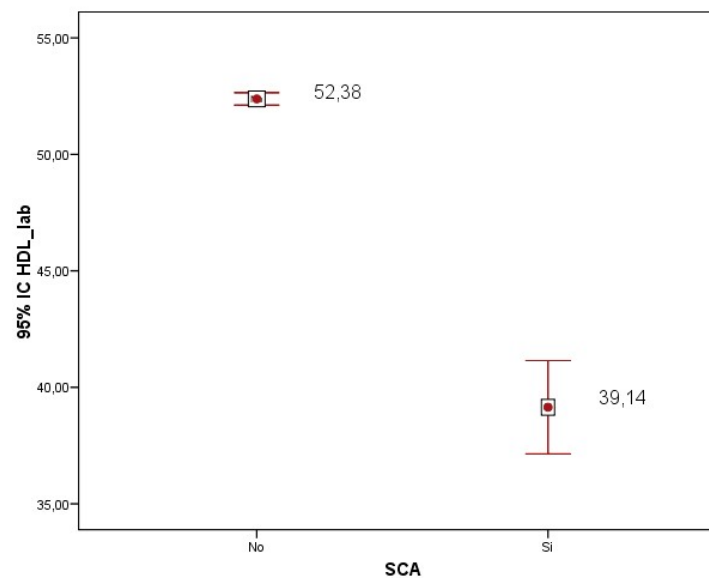
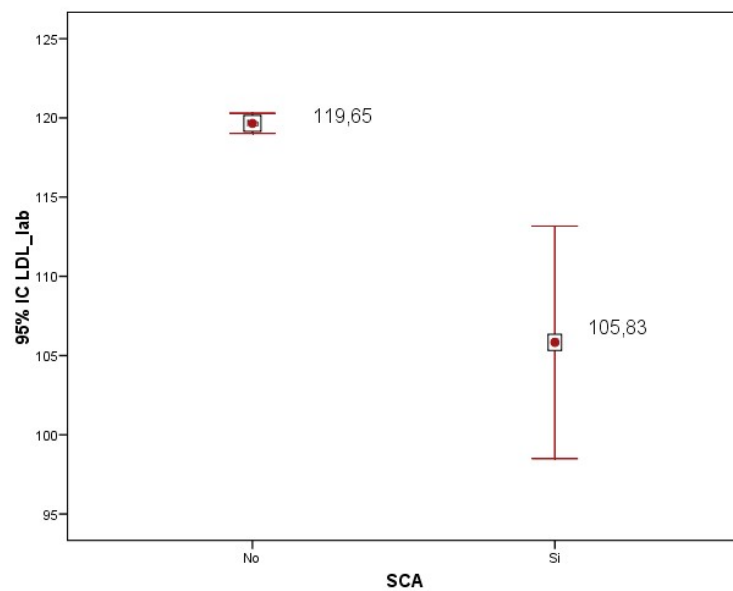
CT= Corte Transversal.
AEER= Análisis evolutivo Escarval Riesgo
AEPP = Análisis evolutivo Escarval Prevención

Dislipemia y mortalidad y morbilidad CV en pacientes sin tratamiento de dislipemia

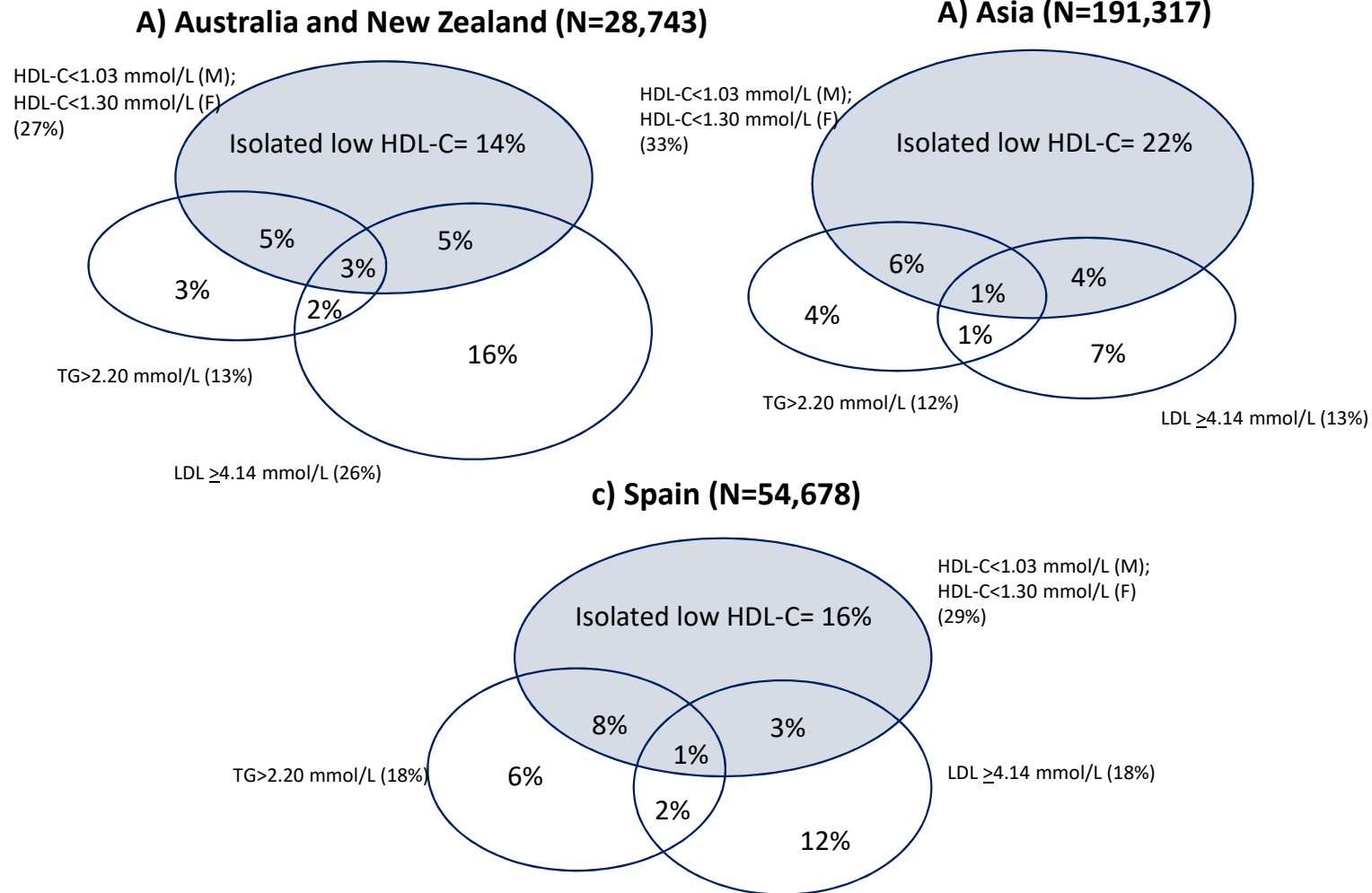


Síndrome Coronario Agudo y Perfil lipídico

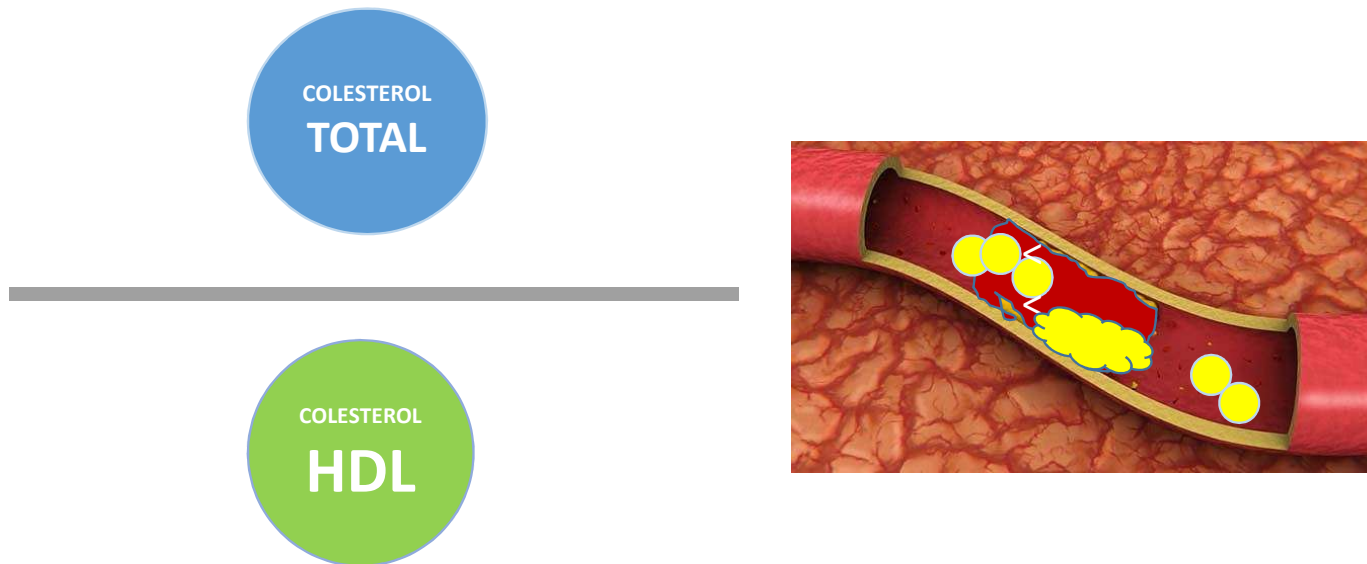
Dpto San Juan



Pacientes con HDL bajo aislado



Objetivo escarval: indice aterogenico



Cuando hay colesterol no muy alto, pero el **colesterol HDL** es bajo hay poca eliminación y el **colesterol LDL** también se puede acumular en las paredes de las arterias y dificultar la circulación de la sangre,

El caso de Antonio

•¿Qué podemos ofrecer a Antonio en 2017?



Detectar en AP precozmente descompensaciones evitables

Ingresos evitables

Mayor capacitación

Mas Autonomía y Calidad de Vida

•¿Qué podemos ofrecer al Sistema de Salud?

Mayor satisfacción del paciente

Menor coste

CONCLUSIONES

1. La mitad de la población española padece alguna enfermedad crónica.
2. No existe buen control de las enfermedades crónicas. La falta de adherencia y la inercia son las principales causas.
3. Nuevas estrategias como la de Kaiser Permanente recomienda la estratificación por nivel de riesgo para adecuar las intervenciones de manera mas eficiente.
4. La Estrategia CCM recomienda conseguir pacientes mas activos e informados, con toma de decisiones compartidas y co responsabilidad entre profesional y paciente.
5. La telemonitorizacion domiciliaria reduce el mal control, las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios.
6. El uso de historia clínica electrónica permite mejor comunicación entre profesionales y posibilita nuevos estudios de base poblacional.



Mucha gracias