



MATIA
FUNDACIÓ

Avanzamos por un bienestar mayor

XIX Jornada de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica

Es possible l'adherència en els pacients amb
polimedicació extrema?

INDICE

- Perfil de pacientes
- Niveles asistenciales
- Uso de medicamentos
- Uso de medicamentos en paciente crónico polimedicado y su relación con la farmacia hospitalaria (¿especialista?)
- Actitud de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
- Reflexión sobre las oportunidades que este campo genera

• Nota: Algunas de las diapositivas han sido cedidas por Jose Luis Poveda, presidente de la SEFH

Los pacientes crónicos

- Suponen el 80% de las consultas de atención primaria
 - Suponen el 60% de los ingresos hospitalarios
 - Suponen el 70% del gasto sanitario
-

¿Qué nos ha llevado a esto?

Seguro que habrá tenido que ver :

El envejecimiento de la población

80% de la población mayor de 65 años presenta alguna enfermedad crónica

Existen ya 20.000.000 pacientes crónicos en España

¿Hay otros motivos?

Guías de práctica clínica

Pacientes crónicos complejos

Alta incidencia de polimedicación

Problemas relacionados con los medicamentos

Enfermedades invalidantes, sobre todo deterioros cognitivos

Entornos sociosanitarios insuficientes

.....





¿Cómo se
han **diseñado**
los **sistemas**
sanitarios?



¿Qué queremos conseguir desde nuestra especialidad,
nuestro conocimiento?



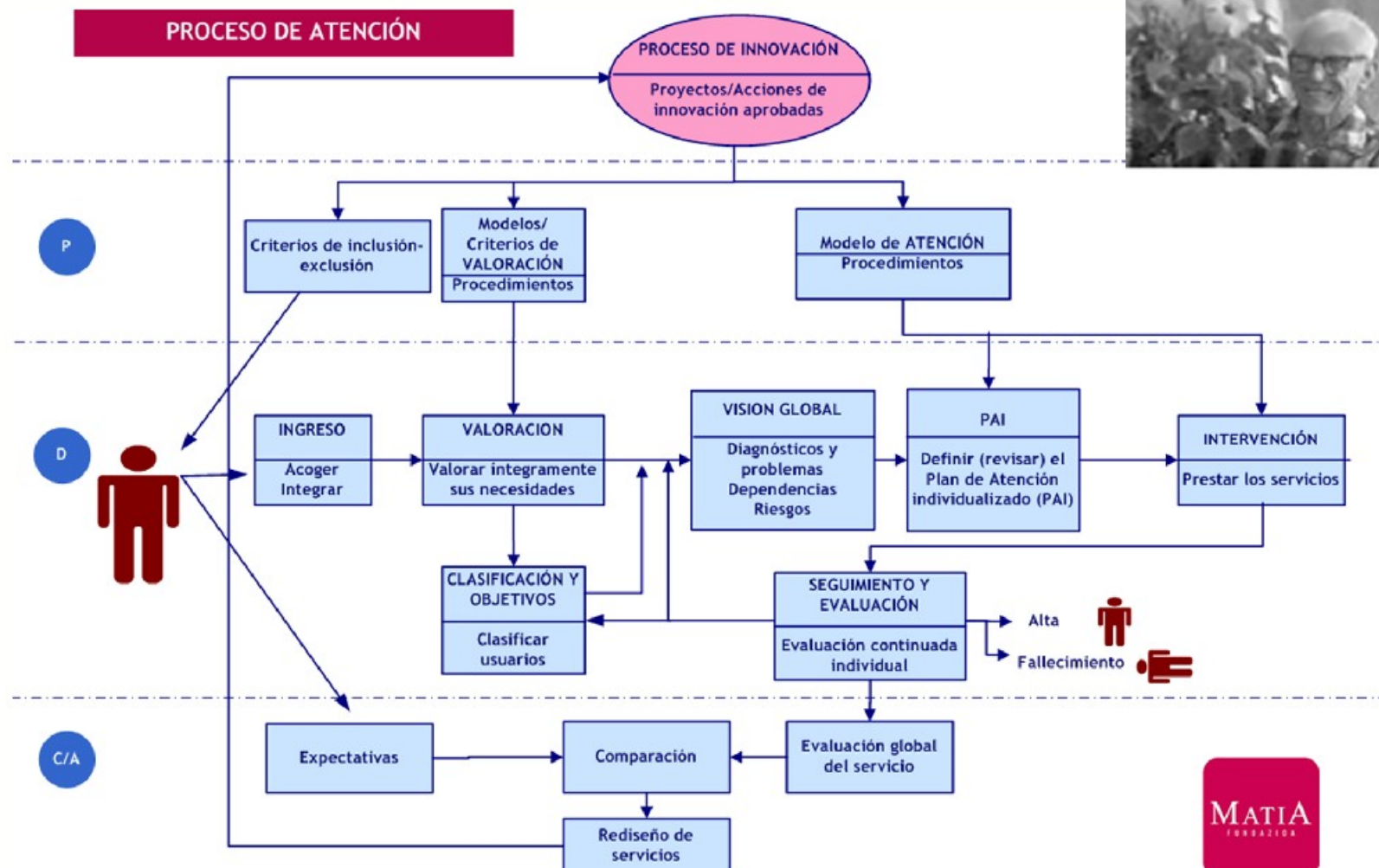
1. Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas polimedicadas con patologías crónicas

- Mejorando la seguridad
- Mejorando la eficiencia
- Desarrollando conocimiento (I+D)
- Innovando nuestros procesos



¿Cómo lo vamos a hacer?





Requisitos imprescindibles

- **RIGOR CIENTIFICO**

- **CONOCIMIENTO ACTUALIZADO:**

- ¿Que son patologías crónicas?
- ¿Cómo evolucionan?
- ¿en que organismos aparecen principalmente?
- ¿Cómo afectan a las personas?
- Riesgos identificados: Prescripción (por distintos especialistas, por situaciones frecuentes como disfagia o función renal disminuida), gestión medicación, administración
- Estrategias abordaje polimedicados
- Situaciones de terminalidad

- **VIGILANCIA TECNOLÓGICA: ¿Qué ESTAN HACIENDO LOS DEMÁS?**

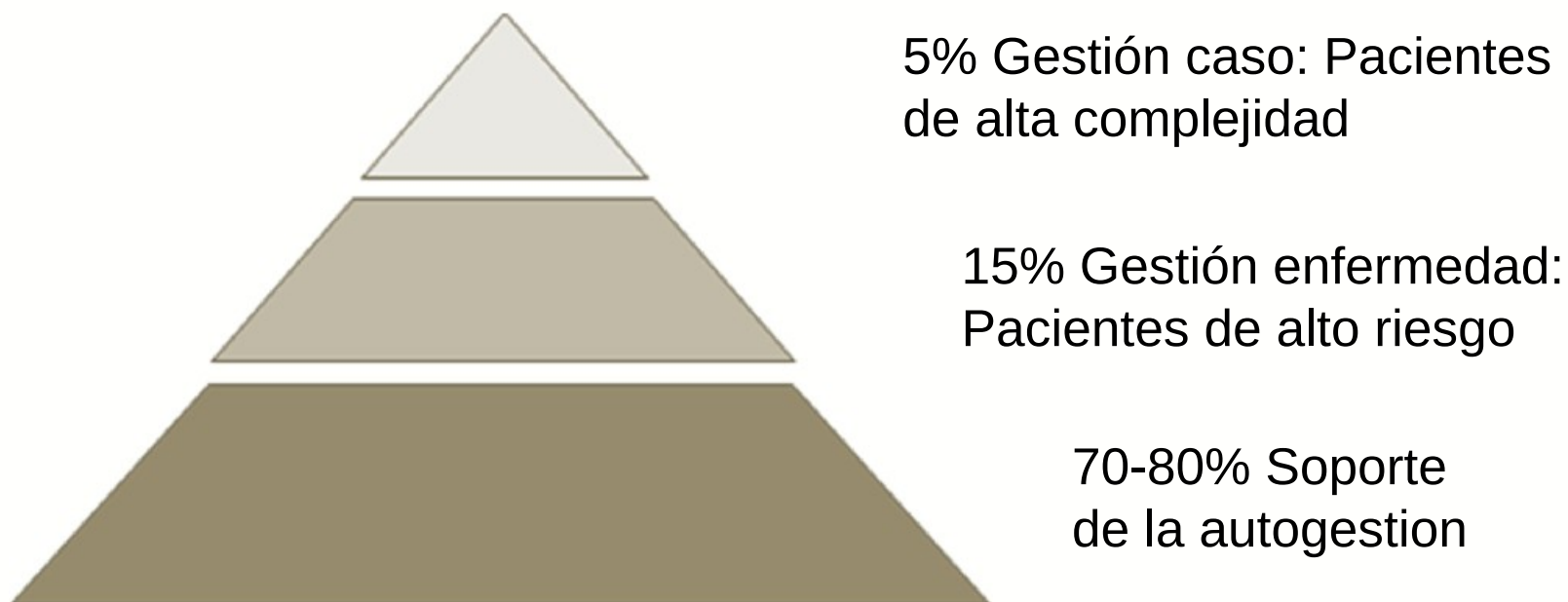
A nivel de organizaciones sanitarias; OSIS destinadas a Atención centrada en el paciente (sin acotar a actuaciones dirigidas a los niveles sanitarios)

Actuaciones farmacéuticas específicas para esta población en función del riesgo y necesidades concretas



Un
Una paciente
historia

ESTRATIFICACION DE PACIENTES CRÓNICOS. Basada en la Piramide de Kaiser



POBLACION GENERAL: PROMOCION Y PREVENCION

PERFILES DE PACIENTES

Atención al
deterioro cognitivo



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

F. Inicio	Medicamento	In	Descr. Toma	F. Fin	Al
22/08/2013	ELIGARD SEMESTRAL 45 MG JER***	N	1,00 Jeringa precargada en Desayuno Diariamente por vía SC	22/08/2013	N
15/04/2013	RESOURCE ESPESANTE POLVO	N	2,00 Cucharadas en Desayuno, 2,00 en Comida, 2,00 en Merienda, 2,00 en Cena Diariamente por vía Oral		N
15/04/2013	RISPERDAL 1 MG COMP	S	0,50 Comprimido en Cena Diariamente por vía Oral		N
19/03/2013	PARACETAMOL 1 G SOBRE	N	1,00 Sobre en Desayuno, 1,00 en Comida, 1,00 en Cena Diariamente por vía Oral		N
28/01/2013	LEVETIRACETAM 250 MG SOBRES	N	1,00 Sobre en Cena Diariamente por vía Oral		N
07/01/2013	SEGURIL 40 MG COMP	S	1,00 Comprimido en Desayuno Diariamente por vía Oral		N
14/11/2012	OMEPRAZOL 20 MG CAPS	S	1,00 Cápsula en Desayuno Diariamente por vía Oral		N
14/11/2012	DIOXINA 0.25 MG COMP	S	0,50 Comprimido en Desayuno Diariamente por vía Oral		N
14/11/2012	OMNIC OCAS 0,4 MG COMP	N	1,00 Comprimido en Cena Diariamente por vía Oral		N
14/03/2012	ESCITALOPRAM 10 MG COMP	N	1,00 Comprimido en Desayuno Diariamente por vía Oral		N
10/01/2012	BICALUTAMIDA 50 MG COMP	N	1,00 Comprimido en Comida Diariamente por vía Oral		N
10/01/2012	PARACETAMOL 1 G SOBRE	N	Si Dolor Diariamente por vía Oral		N
14/02/2013	HALOPERIDOL GOTAS (1 MG/10 GOTAS)	S	Si Agitación por vía Oral		N

OTRAS INTERVENCIONES

Consulta Enfermería

Consulta Médica

Deposiciones

UPP

UPP

UPP

UPP

Control de presión arterial

Programa de manejo de trastornos de comportamiento

Programa Montessori para deterioro cognitivo grave

Programa Montessori para deterioro cognitivo grave

Adaptar y/o simplificar el entorno

Contacto físico/Apego/Apoyo emocional

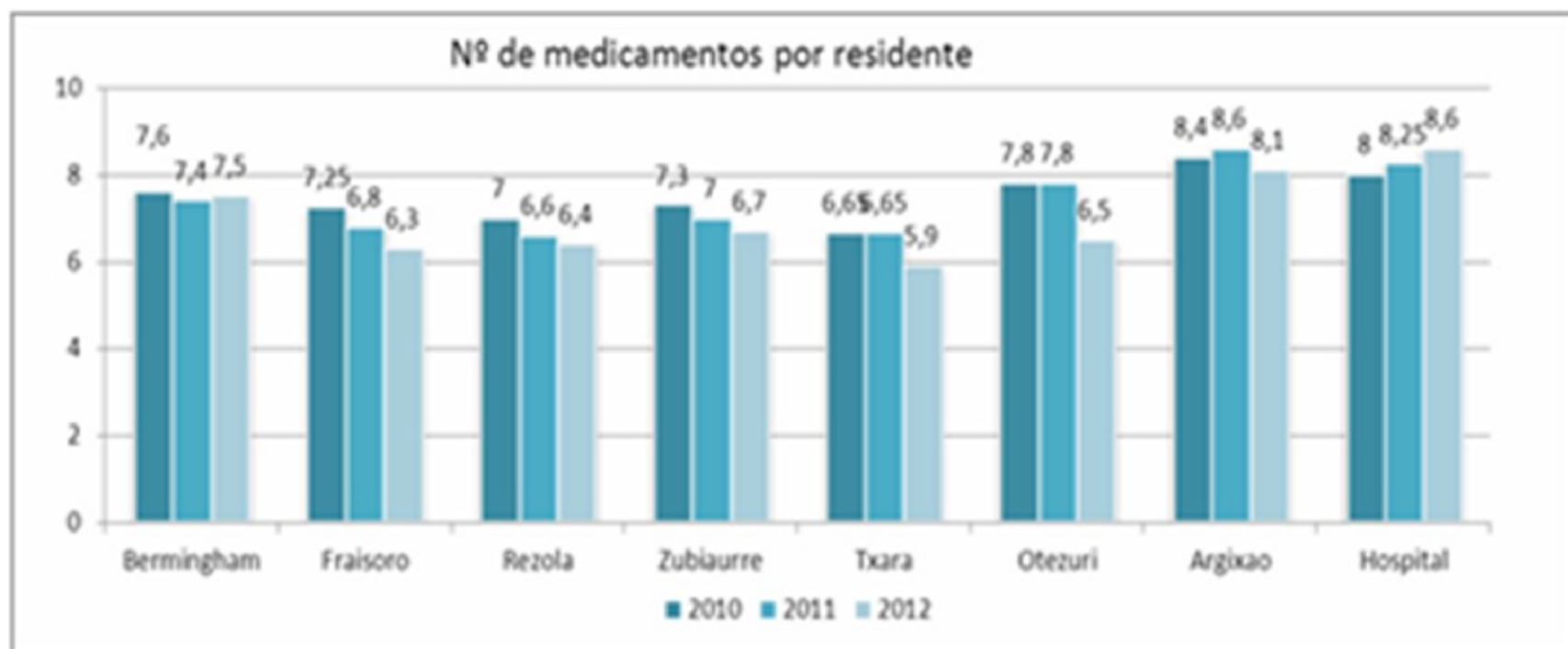
Controlar y supervisar

Elementos distractores / Distracción con otra conversación y/o
actividad

Explicarle-argumentarle

■ ■ ¿SABEMOS LO QUE CONSUMEN? ALGUNOS INDICADORES





NIVEL 1 Paciente crónico complejo : Paciente con varias patologías crónicas, merma en su autonomía, incapacidad y fragilidad clínica, adquiriendo una nueva dimensión el enfoque preventivo, la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación en su autonomía

Proceso de atención a pacientes pluripatológicos (Plan de atención a pacientes crónicos de Andalucía)
Conjunto de actividades encaminadas a garantizar a los pacientes pluripatológicos una asistencia sanitaria integral, coordinando a los profesionales, servicios o centros, a lo largo del tiempo y en el marco del actual Sistema Sanitario Público de Andalucía



6 ejes estratégicos 11 líneas de actuación

EJE 1

Capacitación y competencias profesionales

1# Promover un **área formativa** tanto en formación sanitaria especializada como en formación continuada que aborde la atención al paciente crónico

2# Disponer de un **farmacéutico experto** en atención al paciente crónico con conocimientos y habilidades en cada uno de los servicios de farmacia de hospitales de referencia



EJE 2

Orientación centrada en el paciente

la **estratificación** como herramienta del nuevo modelo de atención

3#Impulsar la **identificación y la estratificación** de pacientes crónicos en el entorno de la farmacia hospitalaria en coherencia con los sistemas de estratificación de pacientes crónicos desarrollados en las distintas CCAA

4#Desarrollar el **modelo de atención farmacéutica** para el paciente crónico emprendiendo acciones específicas para cada tipología de paciente identificado



Alianzas

de los
farmacéuticos
especialistas en
farmacia
hospitalaria

con otros

profesionales y con
los pacientes

EJE 3

5#Definir los **procesos y objetivos comunes** en relación a la atención a pacientes crónicos con otros profesionales tanto de dentro como de fuera del hospital

6#Promover **estrategias de autocuidado** de los pacientes crónicos





7# Impulsar y promover el acceso a la **información completa** del paciente

8# Impulsar el desarrollo de **tecnologías** para facilitar el seguimiento de los pacientes crónicos (telemedicina, sistemas de visualización del cumplimiento...)

Herramientas e Información

EJE 4

EJE 5

Investigación e Innovación

9# Promover la realización de investigación e innovación de **carácter multicéntrico** y las alianzas con otros profesionales de este ámbito

10# **Validar el modelo** de atención farmacéutica ligado a nuevos modelos de gestión farmacéutica

EJE 6

posicionamiento y comunicación

11#Desarrollar una **estrategia de comunicación** dirigida a diversos agentes para poner en valor la labor del farmacéutico como uno de los ejes fundamentales de la mejora de la calidad en la atención al paciente crónico



¿COMO LO VES: PROBLEMA U OPORTUNIDAD?



**Real Decreto-ley
16/2012** de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

Art. 6.
Será obligatorio el establecimiento de un servicio de Farmacia Hospitalaria propio en:

- #Todos los hospitales que tengan más de 100 camas
- #Los **centros de asistencia social** que tengan 100 camas o más en régimen de asistidos
- #Los centros psiquiátricos que tengan 100 camas o más

Síndromes Geriátricos

- Deterioro cognitivo y demencias
 - **Yatrogenia por medicamentos: uso seguro de medicamentos**
 - Trastorno de la marcha u caídas
 - Inmovilidad
 - Sarcopenia
 - Úlceras por presión y heridas crónicas
 - Desnutrición
 - Disfagia
 - Estreñimiento
 - Incontinencia
 - Déficit sensoriales
-



AUTORES

AUTORES

- **JAVIER ALABA TRUEBA.**- Médico de Familia y Diplomado en Medicina Geriátrica y Gerontología Social. Responsable Atención Médica Centro Gerontológico Txara I. Matia Fundazioa.
- **ENRIQUE ARRIOLA MANCHOLA.**- Médico Geriatra. Responsable de la Unidad de Memoria. Matia Fundazioa
- **IDOIA BEOBIDE TELLERIA.**- Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria.- Servido Farmacia H. Ricardo Bermingham. Matia Fundazioa.
- **JUAN JOSÉ CALVO AGUIRRE.**-Médico Geriatra. Residencia de Andanos Zorroaga Donostia-San Sebastián. Zorroaga Fundazioa.
- **JOSEBA MUÑOZ DIAZ.**- Médico Geriatra. Coordinador Médico del Grupo Biharko
- **GARBINE UMEREZ URBETA.**- Inspectora Farmacéutica de la Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa

COORDINACIÓN

- **GARBINE UMEREZ URBETA.**- Inspectora Farmacéutica de la Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa

REVISORES

- **Farmaceuticas de Atención Primaria de la Comarca Gipuzkoa de Osakidetza:**
 - Aritxu Etxeberria Agirre
 - Leire Gil Majuelo
 - Carmela Mozo Avellanad
- **Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología - Zahartzaia**

AVALADA POR:

- **Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología- Zahartzaia**

Agradecimientos:

- Matia Fundazioa que nos ha permitido utilizar su Guía como referencia.
- Osakidetza. Gerencia Comarca Gipuzkoa
- Autores y coordinadores de las ediciones anteriores de esta guía: Dora Jiménez, L. Aikorta, J. Arana, E. Arriola, L. Baikas, J.J. Calvo, I. García, M.J. Genua, R. Hernanz, B. Larrañaga, M. Moreno, L. Mugica, JM Urrutia, M.P.L. Vivanco.

Avances en Errores de Medicación (EM) en un Centro Gerontológico



Miro B, Genua M.I, Alaba J, Olaizola A, Urbizu A, Beobide I



Abordaje del paciente polimedicado: Resultados



Beobide I, Genua M.I, Alaba J, Arriola E, Iturrioz I, Urbizu A



MATIA
FUNDACIÓ

Avanzamos por un bienestar mayor

ABORDAJE DEL PACIENTE POLIMEDICADO: SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DE AYUDA.

XI Congreso "Zahartza" - Vitoria-Gasteiz 10-12 de mayo de 2012



GENUA M.I., BEOBIDE I., ALABA J., ARRIOLA E., ALVAREZ DE ARCAJA M., ALDRETE C.

Introducción

El alto consumo de medicamentos entre las personas mayores (pm) y la "selección inapropiada" aumentan los riesgos de efectos adversos en esta población.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es seleccionar una herramienta que ayude de forma efectiva a racionalizar la farmacoterapia durante la revisión periódica de la misma en el momento de la valoración Geriátrica Integral (VGI) en las personas mayores, ingresadas, institucionalizadas en el Hospital de Matia y en los Centros Geriátricos de Fundación Matia.

Metodología

- El trabajo se realizó en el seno de la Comisión de Farmacia y Terapéutica de Matia Fundación, los pasos seguidos son:
 - Búsqueda bibliográfica de las herramientas validadas utilizadas para la racionalización de la farmacoterapia y la disminución del número de medicamentos utilizados en pacientes crónicos.
 - Identificación de las herramientas potencialmente útiles.
 - Planificación de la misma y formación a los miembros de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.
 - Selección final de la herramienta a utilizar y control con 4 equipos de trabajo interdisciplinarios.
 - Selección y modificación de la herramienta a las necesidades específicas de los pacientes/residentes del Hospital de Matia Fundación.

Resultados

Tras la revisión, se seleccionaron inicialmente las herramientas "cuestionario Hamdy" y "RAM". Durante, y en colaboración con varios médicos, finalmente se seleccionó la Hamdy y se pensó de presentar grado de evidencia Científica establecida, para el objetivo que se pretende. Incorporada la herramienta al abordaje de la Comisión de Farmacia como piloto junto a distintos prescriptores de nuestra organización, finalmente se incorporan 3 nuevas cuestiones a plantear en el paciente analizado y se modifica una de las existentes construyendo la herramienta Hamdy modificada. Tras el control realizado, se implementa la herramienta Hamdy modificada como herramienta a utilizar en pacientes que presentan el objetivo de "Disminución de la complejidad terapéutica" en nuestra organización.

QUESTIONARIO HAMDY modificado



1. ¿La indicación para la cual la medicación fue prescrita sigue estando presente?
2. ¿Hay duplicidades en la terapia farmacológica (p.ej. misma clase terapéutica)? ¿La terapia puede ser simplificada?
3. ¿El régimen terapéutico incluye medicamentos por sus efectos adversos de otro medicamento? Si es así, ¿puede el medicamento original ser sustituido?
4. ¿Los dos fármacos pueden ser subterapéuticos o tóxicos en relación con la edad del paciente o su función renal? **[¿Estamos utilizando la dosis correcta?]**
5. ¿Hay alguna interacción significativa medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad en este paciente?
6. **[Duración de tratamiento correcta]**
7. **[Indicaciones no tratadas (criterios HAMDY)]**
8. **[¿Es adecuado el consumo de ese fármaco en las condiciones físicas, mentales y de esperanza de vida del paciente? (objetivo existencial del paciente)]**

Bibliografía

- Pharm DR, Oldman RL. Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients. Am Fam Physician. 2007; 76:1837-44.
Horton JT, Schreiber KL, Smith GP et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Pharmol. 1992; 45:324S-325S.
Hamdy JRC, et al. Reducing polypharmacy in nursing homes. South Med J. 1995; 88:524-8.
Genua M. polypharmacy, defined as "the use of excessive and frequently inappropriate medications". Ann Geriatr Med. 2008; 56(3): 194S-195S.

Conclusión

El cuestionario Hamdy modificado ha resultado eficaz para detectar fármacos discontinuados durante la revisión de la farmacoterapia en personas mayores y por lo tanto para racionalizar el uso de medicamentos en esta población.

91. Avanzando hacia un centro libre de restricciones

Genua, M^a Isabel; Urbizu, Arantza; Olaizola, Ana; Iturrioz, Izaskun; Gurruchaga, Ane;
Garate, M^a Jose

Introducción

Este proyecto incluye dentro de los objetivos de atención sanitaria a la persona que puede convertirse en un centro con fines asistenciales de la persona, atendiendo a la mejora de atención a la persona, evitando a su vez la pérdida de autonomía y potenciando su independencia. Entre los elementos de todos los modelos de atención al usuario de restricciones físicas y químicas dado el importante impacto de las mismas en la calidad de vida de las personas. Apesar de los esfuerzos que muchas organizaciones están realizando en este sentido, todavía hoy es común el uso de las mismas en personas institucionalizadas y principalmente en personas con demencia y/o trastornos de comportamiento.

El Centro Julia Rezola de Matia Fundazioa se compromete a:

A lo largo del año 2010 se logró disminuir de un 41% a un 25%, lo que coincide con los resultados de la literatura en otros países al aplicar la estrategia.

Objetivo

Contribuir al bienestar y a la calidad de vida de las personas institucionalizadas al uso de restricciones físicas y químicas en el Centro Gerontológico Julia Rezola de Matia Fundazioa.

Fomentar el equilibrio creativo a la hora de organizar el centro de restricciones, cambio de filosofía organizativa.

Metodología

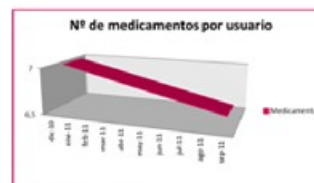
A partir de aquí, la reducción se hace más difícil y es necesario implementar una estrategia que incorpore también la técnica de la restricción química empleada y que sirva para facilitar la obtención de resultados equitativos a aquellos centros que trabajando también con personas con alto grado de deterioro cognitivo, han conseguido reducir al máximo el uso de restricciones.

- Programa de formación sensibilización de todos los profesionales que trabajan en los centros, no únicamente asistenciales.
- Implantación de la técnica.
- Programa de la creatividad de todos para la identificación de ideas.
- Implementación del modelo de atención.
- Apoyo para la incorporación de nuevas tecnologías y de equipamiento adecuado para evitar el uso de restricciones.

PERFIL DE LOS RESIDENTES	
Nº de Residentes	190
Educación	85 años
Sexo	73% mujeres
Salud	60%
Alcohol	70%
Trastornos del Comportamiento	30%
Alcoholismo	70%

Resultados y discusión

- CADIS: No aumentan. Tasa de cadáveres en septiembre 2011 fue de 1,58 frente a 1,59 en 2010.
- Mayor logro: NO SE APLICÓ NINGUNA RESTRICCIÓN.



Se analizan posibles factores de riesgo y se implantan alternativas a la restricción:

- Entrevista e intervención centrada en la persona coherente con sus preferencias e historia de vida.
- Entrevista del personal de atención directa.
- Cambio de política de los roles.
- Cambio de modelo de atención.
- Mejora de ayudas técnicas.
- Mejora de la seguridad del edificio.
- Comas y crisis de ansiedad y/o adaptación.
- Mayor uso de sillas de descanso.
- Cambios de lugares de descanso: uso de sillas de ruedas a sillas, ...
- Utilización más frecuente de baño.
- Dispositivos de cama y sillas de ruedas de movilidad.
- Mejora de la seguridad.

CONCLUSIONES

- Las restricciones físicas y/o químicas utilizadas como medida de protección actualmente se cuestionan en todos los residentes.
- Formación y sensibilización en esta materia originan un cambio de filosofía que resultan similares a la hora de conseguir reducir el uso de restricciones.
- Las cuidas no son en definitiva la solución para avanzar hacia un centro libre de restricciones.
- La medida alternativa son un reto en los nuevos modelos de atención. Se prioriza la dignidad y autonomía de la persona frente a la seguridad.
- El liderazgo en este campo de la dirección del centro es determinante para el logro de los resultados.

BELT RESTRAINT REDUCTION. A REAL POSSIBILITY IN A GERONTOLOGIC CENTER

I. Irujo, A. Olazola, M. J. Garate, G. Mondragon, M. Arrieta, M. Idiazuez, E. Prego

Introduction

Physical restraints have been, and still are, a common practice among our gerontologic centers -mainly with people suffering from dementia-, despite there is not real evidence of their effectiveness. We generally have used them and sometimes cannot avoid still using them mainly regarding to safety concerns. During 2010, after a process of self evaluation and evidence-based review, a new framework was set up in our organization in order to reduce physical restraints. We worked in partnership with "Cuidados Dignos" Foundation supported by "Libera Ger" standards and evaluation.

Objective

Belt restraint reduction and alternative measure development.

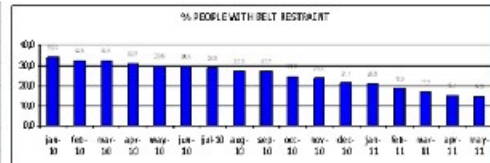
Método

During 2010, literature review, external educational intervention and policy change about restraints was made in our organization. Families and staffs agreement was asked. Data regarding residents use of belt restraints in bed and chairs, bed rails, residents health problems, functional abilities, psychoactive drugs, falls and cognitive impairment were collected and the main reason for the use of the restraint was reported. Each case was analysed individually in order to remove de restraint.

Results

From January 2010 to April 2011, the percentage of restraints decreased from 33% (41/121) to 15% (18/119).

RESIDENT PROFILE	
Number of people	190 residents
Average Age	85 years
Sex	73% women
Barthel <40	59%
MEC <20	70%
Behaviour disorders	30%
Urinary incontinence	20%



FALLS RATE: falls rate did not increase from the beginning of the intervention and the number of falls remained about the same though, almost one out of two suffered from a fall over the last twelve months (43%).

MAIN REASON FOR USING THE RESTRAINT: THE RISK OF FALL AMONG PEOPLE WITH HIGH BALANCE AND GAIT IMPAIRMENT ADDED TO A MODERATE OR SEVERE COGNITIVE IMPAIRMENT.

One by one the different risk factors were reviewed and modified if necessary and alternative intervention was implemented. We tried to **AVOID USING BELT RESTRAINTS IN THE NEW INCOME.**

POSSIBLE ALTERNATIVE MEASURES	
2ND INDIVIDUAL ASSESSMENT AND INDIVIDUAL INTERVENTION	
INTERVENTION FOR WORKING STAFF	POLICY CHANGE IN OUR CARING
Improve support devices.	Frequent talking when necessary
Try improving balance and ambulation skills	Use of video camera
Lower beds, lower chairs	Attendant nap
Table in front that can be removed by the resident	Extra supervision
Use of sofas, armchairs	Alarm and identify bracelets
Change of place more frequently: from wheelchair to chair, from chair to sofa etc.	

CONCLUSION

Belt restraint was a common practice in our gerontologic center and, our first concern for using them was patient's safety. We had a protocol we applied before indicating the measure and family consent was required.

Educational approach and a real change in attitudes and opinions regarding restraint use among all the staff, who has been essential to reduce the number of them. The development of alternatives measures and interventions represent a real challenge for the future.

The support and agreement from management are crucial for the success of these programs.

HACIA UN CENTRO DE DIA LIBRE DE RESTRICCIONES

Valor, N.; Hernández, C.; Miguel, L.; Garate, M. J.; Genua M. I.

Introducción

Este proyecto se incluye dentro del modelo de atención centrado en la persona que pretende contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención, situando en el centro de atención a la persona, ayudando a mantener su dignidad, permitiendo su autonomía y potenciando su independencia.

Método

Este proyecto se ha llevado a cabo en el Centro de Día Elizaran de Matia Fundación, en el que se atiende a 20 usuarios, 5 de ellos con dependencia Grado I, 4 con Grado II, 8 con Grado III y 3 con perfil psicogeriatrico. Para llevarlo a cabo hizo falta un replanteamiento del modelo de atención por parte del equipo de coordinación del centro así como un gran trabajo de concienciación, la formación y sensibilización de todos los profesionales del centro acompañados del programa Libera-Ger y la implicación de las familias en el proyecto.



Objetivo

Contribuir al bienestar y a la calidad de vida de las personas del centro eliminando en la medida de lo posible el uso de restricciones físicas.

Resultados y discusión



Una vez puesto en marcha este proyecto a partir de septiembre de 2010, utilizando otras alternativas a las restricciones y aplicando intervenciones no farmacológicas, los resultados obtenidos han sido los siguientes:

- Septiembre 2009- agosto 2010:
 - Número de restricciones: 7/20 usuarios
 - Número de caídas: 5/20 usuarios
- Septiembre 2010- abril 2011:
 - Número de restricciones: 1/20 usuarios
 - Número de caídas: 4/20 usuarios



A la hora de eliminar restricciones físicas es muy importante la sensibilización y formación de los profesionales para la consideración de las medidas de restricción como no terapéuticas y disminuir su utilización, así como la implicación de todo el equipo. A su vez se ve la necesidad de no indicar restricciones en los nuevos ingresos y de reforzar la concienciación de las familias y usuarios. También es necesario la realización de un seguimiento a las familias una vez retirada la medida de restricción.

CONCLUSION

En este estudio se ve que es posible disminuir el número de restricciones físicas sin que incremente el número de caídas y de esta manera mejorar la calidad de vida de los usuarios. Además hemos podido constatar que las familias valoran este cambio como positivo y no han notado un mayor grado de agitación en el domicilio.

La coordinación interniveles, método de mejora de la eficiencia asistencial

Alvarez de Arcaya Vitoria M, Veras Sanz JA, Varea La Huerta C, Ariztia Sarratea M, Albizua Uriondo O, Alderete Díez C.

III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente crónico

