Continuidad asistencial en el uso de la medicación: conciliación y revisión

Cristina Roure Nuez

Directora de Farmacia Integral Adjunta Dirección Asistencial

Consorci Sanitari de Terrassa







Polimedicación









falta de continuidad

Riesgo

Optimización de los tratamientos en pacientes crónicos de riesgo mediante procesos interdisciplinares de Conciliación de la Medicación (CM) y Revisión de la Medicación (RM):

- ✓ Centrados en la persona, no en las enfermedades o en la organización
- **✓Impacto relevante**
- ✓ Sostenibles en el tiempo/recursos disponibles
- ✓ Interdisciplinar e integrado en la rutina asistencial
- ✓ Integrado con los SSII compartidos en el territorio





CST CONSORCI SANITARI DE TERRASSA



Organización sanitaria integrada

- •Hospital de Terrassa
- •Hospital Sociosanitario Sant Llàtzer
- 7 EAPs propios
- 2 EAPs de otras entidades proveedoras
- CSMA, CSMIJ









Primaria 167.000 personas Especializada 210.000 personas



Hospital: e-Gestor Clínico con e-prescripción y e-receta

Atenció Primària: 3 SSII OMIweb, eCAP, HP







SSII de salud compartidos en Cataluña

HISTÒRIA CLÍNICA COMPARTIDA A CATALUNYA

Generalitat de Catalunya Departament de Salut

Dosi i

1 Unitat

cada 8

hores

Data darrera modificació: 08.04.2011

Pàgina 1 de 2

Pla de medicació

Nom i cognoms del/de la pacient

TASA1030101002

Tractaments

Medicament o producte sanitari i núm. de prescripció METFORMINA 850MG 50

EFG

COMPRIMI RECUB PELIC P1E000152759

freqüència Segons evolució clínica

Durada del tractament

HIDROSALURETIL 50MG 0.5 Unitat Segons

Dades personals

Les vostres dades

i les del vostre equip

Informació per a la farmàcia

CatSalut Generalitat de Catalunya Departament de Salut

TASA 1 030101 00 2 LA TARGETA SANITÀRIA

NIVELL DE COBERTURA ASSISTENCIAL

Els meus controls

00000803401

lamevasalut.gencat.cat

Cat@Salut La Meva Salut és

un espai de consulta, perso-

nal i intransferible, on podeu

disposar de la vostra infor-

mació de salut i fer tràmits

electrònics de forma segura

cat@salut

Tràmits Accés a les adreces d'Internet des d'on podeu fer tràmits

Serveis electrònics

per controlar-vos

anticipades si el teniu registrat i el carnet de donant d'òrgans

i confidencial.

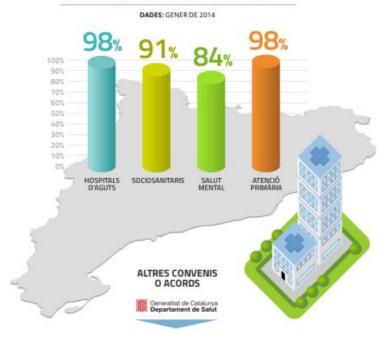


ÉS LA HISTÒRIA CLÍNICA ELECTRÒNICA QUE AGRUPA EL CONJUNT D'INFORMACIÓ RELLEVANT SOBRE LA SITUACIÓ I L'EVOLUCIÓ D'UN PACIENT AL LLARG DEL SEU PROCÉS ASSISTENCIAL

milions de documents publicats

DESPLEGAMENT HC3

CENTRES DEL SISCAT* AMB CONVENI FORMALITZAT AMB HC3



EPIDEMIÒLEGS, AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA, AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA I SERVEI D'EMERGÊNCIES MÉDIQUES ALTRES DEPARTAMENTS EN TRÂMITS: BENESTAR SOCIAL I FAMÍLIA

*Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya



Què s'hi pot trobar?

Properament hi ha previstos nous continguts i serveis







Conciliación de la medicación



Revisión de la medicación en PCC polimedicados

Permitirá incorporar la CM a la práctica diaria de los profesionales → impactará en a segurdidad de muchos más pacientes

Permitirá hacer cambios en el tratamiento más profundos y estables a lo largo del *continum* asistencial





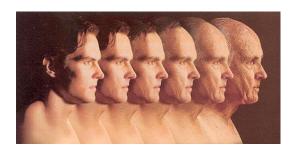
Revisión de la adecuación de la la medicación en PCC polimedicados

Conjugar adecuar.

(Del lat. adaequāre).

1. tr. Proporcionar, acomodar, apropiar algo a otra cosa. U. t. c. prnl.













Adecuación a las Guias de la Práctica Clínica

Medicina basada en la evidencia? Polimedicación adecuada?



Mujer 79 años HTA, DMII, EPOC osteoporosis 12 medicamentos19 tomas + PRN5 momentos de día



35-41% de ≥75a polimedicados ≥5medicamentos 10% ≥ 10 medicamentos



Nº medicamentos **Mortalidad** 00000 4,5 Caídas 00000 **Discapacidad** 5,5 000000 Fragilidad 000000 6,5 Duplica riesgo de sufrir AAM 5 Cuadruplica riesgo de AAM 8

Minimally disruptive Medicine

"Effective care that fits" patient's context & life





otras cargas

Soporte social Resiliencia Valores y

360°

Qué necesita

Qué quiere

Qué puede

Individuales
Desconocidos por los
profesionales

GOALS

- Individualizados
-) Realistas
 - Relevantes
 - **Compartidos**
 - Dinámicos

Necesita?

enfermedades aisladas Ancianos poco representados "Outcomes" poco relevantes



Nuestra experiencia en PCC polimedicados: Beca Joaquin Bonal 2013

GOALS

Proceso interdisciplinar de revisión de medicación en el CST

		CODI PACIENT:				
PRIORITZACIÓ D'OBJECTIUS GENERALS D'ATENCIÓ EN		PRIORITATS I PREFERÈNCIES VALORS, ACTITUDS PACIENT RESPECTE A LA MEDICACIÓ	ESTIMACIÓ DE LA MAGNITUD DEL RISC D'EAM GENERAL EN EL PACIENT			
EL PACIENT <u>establerts per l'equ</u>	<u>uip</u>	Ordre de prioritats de Salut (què vol?)	Punts 1-100	Ordre l'1 al 4	ADE Risc Score (suma dels punts)	
Prevenció de la malaltia	5	Màxima supervivència	50	4	Polimedicació	
Millorar la funció/minimitzar impacte	3	Màxima independència	70	3	≥ 5 medicaments (+2 punts)	
Evitar o retardar complicacions	4	Reduir o eliminar el dolor	90	1	≥ 8 medicaments (+4 punts)	+4
Control dels símptomes 1		Reduir o eliminar altres símptomes	80	2	Factors intrínsecs d'EAM	
Protegir al pacient d'una nova agressió	2		SI	NO	≥ 4 comorbiditats (+1 punt)	+1
		Estimació de l'adherència voluntària (vol?)		X	insuficiència hepàtica (+1 punt)	
PROBLEMES PRIORITARIS DEL PACIENT <u>se</u>	egons l'equip	Estimació de l'adherència involuntària (pot?)	SI		insuficiència renal (+1 punt)	+ 1
1. Insuficiència cardíaca isquèmica HT/	4				EAM previ (+2 punts)	+ 2
2. Dolor crònic		Alguna percepció sobre utilitat/futilitat d'algun medicament?			Altres riscos	SI/NO
3. Deteriorament cognitiu		SI/NONo vol prendre la furosemida			Risc de caigudes	SI
4. Risc de caigudes					Viu sol	NO
5. Risc cardiovascular		Índex de Complexitat del règim terapèutic	MRCI	31	Deteriorament cognitiu	SI
		Pren 21 medicaments diferents			Trastorns osicològics / addiccions	NO

EXPECTATIVA DE VIDA (aproximada a l'equip)	criteri de
Inferior a 6 mesos	
Probablement inferior a 2 anys	х
Entre 2 i 5 anys	
Superior a 5 anys	

CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

11. nitroglicerina 5mg pegats transdèrmics (Nitroderm TTS 5)

1/24h

Pren 21 medicaments diferents

Problemes amb la deglució?

Mantenir

SI

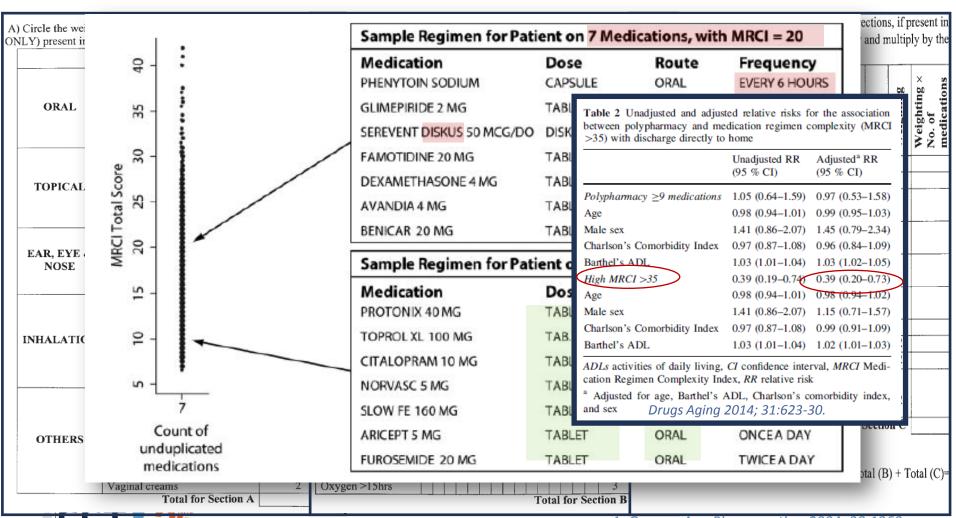
NO

X

Trastorns psicològics / addiccions

Índice de complejidad del régimen terapéutico

Medication regimen complexity Index MRCI



CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

- 1. George. Ann Pharmacother 2004; 38:1369
- 2. Gallagher P. Int J Clin Pharmacol Ther 2008; 46:72-8

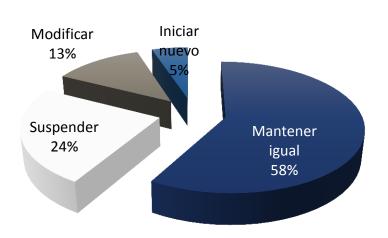
Resultados

Propuestas i aceptación de los cambios

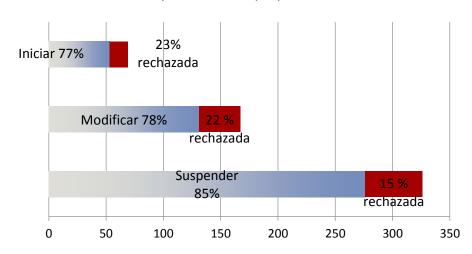




Propuestas sobre 1.353 prescripciones, 460 propuestas de modificación



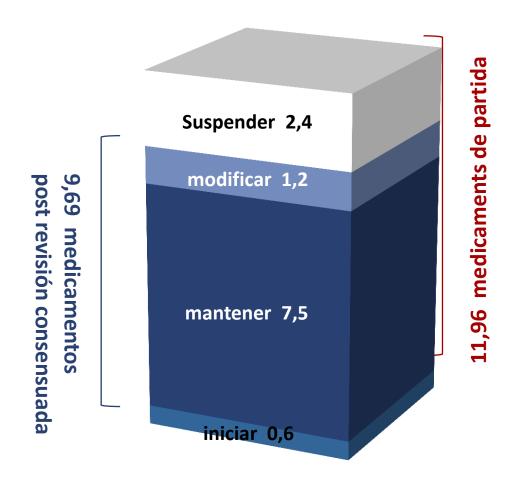
Aceptación de las propuestas





Resultados

Cambios de medicación acordados

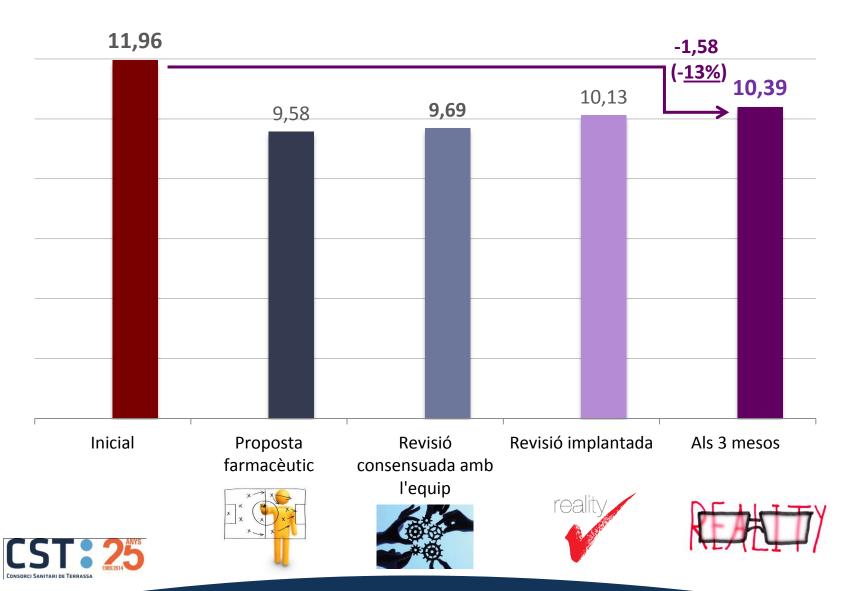




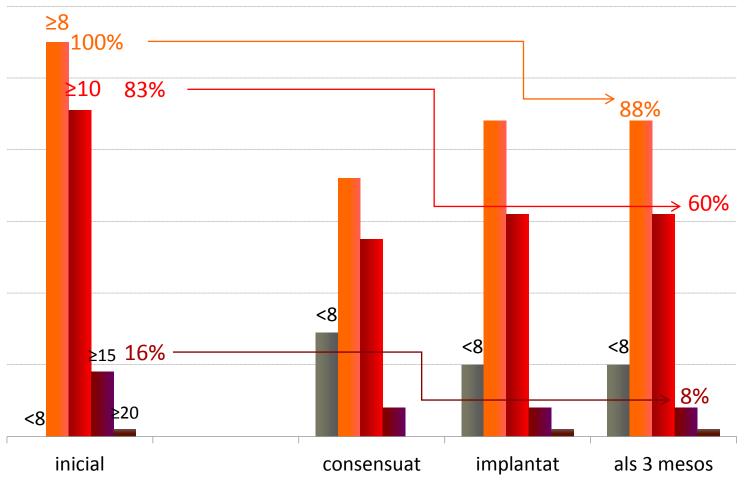


Resultados: carega de tratamiento

Cambio en el no de medicamentos por paciente en cada etapa



Resultados: carga de tratamiento Cambio en la polimedicación



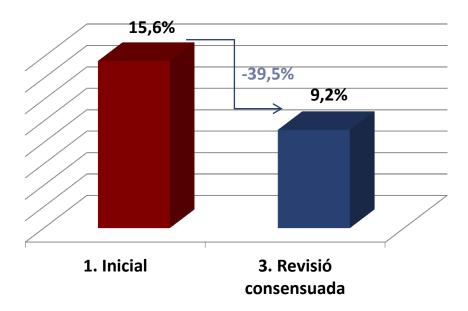


Resultados: carga de tratamiento

Índice de complejidad del régimen terapéutico (ICRT)

Index de Complexitat Règim Terapèutic	mitjana	IC 95%	diferència	IC 95%	variació
1. Inicial	26,22	25,13-29,6	-	-	-
3. Revisió consensuada	20,25	18,26-22,31	-5,18	-6,51 a -3,8	-20%

Pacientes con ICRT ≥35





Resultados: carga de tratamiento

Medicación potencialmente inapropiada (STOPP START)



Nombre de pacients amb medicaments amb criteris STOPP START		n	%	reducció vs inicial
1. Inicial	?	108	96,4%	<u> </u>
2. Proposta farmacèutic		93	84,5%	-12,3%
3. Revisió consensuada amb l'equip		93	85,3%	-11,5%
4. Revisió implantada		97	93,3%	-3,3%
5. Als 3 mesos		89	90,8%	-5,8%



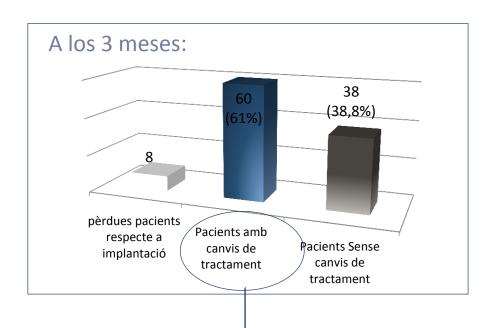
Nombre de medicaments amb criteris STOPP START per pacient		mitjana	IC 95%		Diferència vs etapa anterior	IC 95%	Diferència vs inicial	IC 95%	Reducció %
1. Inicial	?	2,54	2,3-2,8	<u>-</u>	-	- [? -	-	-
2. Proposta farmacèutic		2,14	1,9-2,4		-0,57	-0,75 a -0,38	-0,57	-0,7 a -0,4	-22,5%
3. Revisió consensuada amb l'equip		2,17	1,9-2,5		0,67*	-0,03 a 1,16	-0,49	-0,7 a 0,3	-19,3%
4. Revisió implantada		2,27	2,0-2,5		0,14	0,03 a 0,07	-0,35	-0,5 a -0,2	-13,8%
5. Als 3 mesos		2,28	2,0-2,6		0,01*	-0,51 a 0,20	-0,35	-0,5 a -0,2	-13,8%

^{*} diferències no significatives



Resultados: seguimiento a 3 meses

Persistencia de los cambios implantados



- **148 cambios** Sólo 11,5% por reaparición de patología o efectos adversos
 - 59% por nuevos problemas o evolución de la enfermedad



Conciliación electrónica de la medicación

"Dame un pez y cenaré esta noche, enséñame a pescar y cenaré siempre"



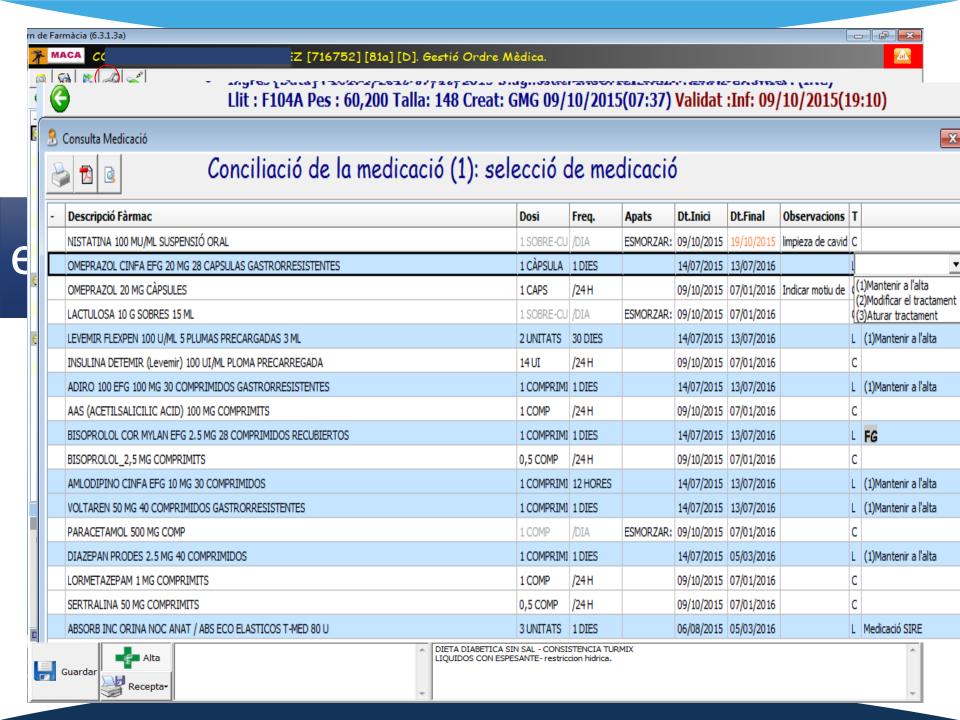
Hospital

M. activa en el
Hospital antes
del alta

M. activa del paciente antes del ingreso

Nueva medicación al alta

















CST: Consorci Sanitari de Terrassa SOCIOSANITARI HOSPITAL DE TERRASSA

Carretera Torrebonica, s/n 08227 Terrassa Barcelona Tel: (93) 731 00 07 Fax: (93) 731 09 59

GERIATRIA <<UNITAT DE CONVALESCÈNCIA>>

Informe Definitiu.	Data Informe:	03/04/2014
	Informe Definitiu.	Informe Definitiu. Data Informe:

en barra. Ha col·laborat al gimnàs de forma activa.

Cognitivo- emocional:

- 1. Probable deterioro cognitivo no filiado. Al ingreso Pfeiffer: 4/10. En UGA se ha realizado estudio analítico de causas reversibles de deterioro cognitivo que se han encontrado negativas o dentro de la normalidad. Un par de semanas antes del alta aun presentaba Delirium por lo que no se ha realizado MEC de Lobo; a revalorar mas adelante desde Atención Primaria.
- 2. Sd. Confusional. Se ha mantenido confusional durante el ingreso en UGA y también en Convalecencia, probablemente atribuible agudización de patologías de base; se ha reducido progresivamente pero ha precisado trazodona de 100 mg por las noches; a la lta 50 mg nocturnos y recomendamos misma dosis más una dosis extra si precisa y revaloración por Médico de Familia para suspensión definitiva.

@ 1

[29.04.2014] Alta hospitalaria y retorno a domicilio al alta, vive con un hijo y cuenta con buen soporte familiar.

Diagnósticos al alta;

- Cardiopatía isquémica, estable. Sugerimos valorar el inicio de betabloqueantes (suspendiendo la Digoxina).
- 2. Fibrilación Auricular crónica-permanente con AId. CHA2D52-VASc 5/HAS-BLED 5 (no tributaria de ACO).
- Sugerimos valorar la sustitución de Digoxina por betabloqueantes (para reducir el riesgo de RMAs).
- 3. Hipertensión Arterial.
- 4. Dislipemia
- 5. Insuficiencia Cardíaca Congestiva con FEp secundaria a Cardiopatía Hipertensiva, CF-NYHA III.

Problemas Geriátricos:

- a. Deterioro funcional moderado (IBa 60)
- b. Deterioro cognitivo, leve /moderado, probablemente secundario a DDP.
- c. Disfagia orofaríngea. Sin dieta adaptada.
- b. Estreñimiento.
- e. Incontiencia Uninaria
- f. ALTO RIESGO DE CAÍDAS.

Tratamiento:

MEDICACIÓ QUE HA DE TOMAR:

Nuevos tratamientos:

- AAS (ACETILS ALICILIC ACID 100 MG) [1 COMPRIMIDO con la comida]
- ENALAPRIL 20+HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 MG [1 COMPRIMIDO en el desayuno]
- VYTORIN 10/20 MG [1 COMPRIMIDO en la cena]

Aquest informe és una còpia exacta del que hi ha a la història clínica.

Pot accedir a la seva documentació a l'adreça www.gencat.cat/salut/carpeta.

05204/2014 Pág.7/8

CST: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA SOCIOSANITARI HOSPITAL DE TERRASSA

Carretera Torrebonica, s/n Tel: (93) 731 00 07 Fax: (93) 731 09 59

GERIATRIA <<UNITAT DE CONVALESCÈNCIA>>

Tipus:	Informe Definitiu.	Data Informe: 03/04/20	14
Pacient.:			
Adreça:			
CIP/NASS:			
A.B.S:			
Atès per:			
-			

- DOMPERIDONA 5 MG/5 ML SUSP OR AL [1 cucharada antes del desayuno, comida y cena]
- ESOMEPRAZOL 20 MG [1 COMPRIMIDO con el desayuno] NO triturable. Disolver en aqua y administrar.
- LACTULOSA 10 G [2 SOBRES con desayuno, comida y cena]
- TRAZODONA 100 MG[MEDIO COMPRIMIDO por la noche]

Tratamientos modificados:

- PARACETAMOL KERN PHARMA 16 COMP [1 COMPRIMIDO cada 8 horas SI TIENE DOLOR]. Antes en dosis fijas.

Tratamiento habitual sin cambios:

- DIGOXINA KERN PHARMA 0.25 MG COMP [medio comprimido en la tarde]

MEDICACIÓN QUENO HA DE TOMAR:

VENTOLIN 100 MCG/PULS AEROSOL

VESICARE 5 MG COMP

ACIDO ALENDRONICO SEMANAL DAVUR 70 MG COMP CALCIUM SANDOZ D 2500 MG/880 UI COMP EFERVES OMEPRAZOL MABO 20 MG SEGURIL 40 MG COMP SIMVASTATINA DAVUR 10 MG COMPRECUB SPIRIVA 18 MCG CAPS SYMBICORT TURBUHALER "320/9" MCG FORTE POLS INHAL VALSARTAN TEVA EFG 320 MG COMP RECUB

Dr. Hugo Francisco Badani Prado Dr. Ernesto Guevara Sierra (N.Col: 108438218) (N.Col: 108452686) Metge Resident Geriatria Adjunt Geriatria

29/04/2014 Aduest informe és una còpia exacta del que hi ha a la història clínica.

Pot accedir a la seva documentació a l'adreça www.gencat.cat/salut/carpeta.

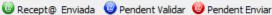
05204/2014 Pág. 8 / 8













CB	·							
-	Nom	Dosi	Unit	Freq	Cada	Forma	Via	Die
•	OMEPRAZOL ALTER EFG 20 MG 28 CAPSULAS GASTRORRESISTENTES	20	MG	/ALTR	/DIA	CAPS	OR	365
0	FUROSEMIDA CINFA EFG 40 MG 30 COMPRIMIDOS	40	MG	/ALTRI	/DIA	COMP	OR	365
@	ESPIRONOLACTONA ALTER EFG 25 MG 20 COMPRIMIDOS	25	MG	/ALTR	/DIA	COMP	OR	90
@	CARVEDILOL ALMUS EFG 6.25 MG 28 COMPRIMIDOS	3,12	MG	/ALTR	/DIA	COMP	OR	90
0	TIRODRIL 5 MG 40 COMPRIMIDOS	2,5	MG	/ALTR	/DIA	COMP	OR	90
•	PARACETAMOL TEVA EFG 650 MG 40 COMPRIMIDOS	650	MG	/ALTRI	/DIA	COMP	OR	90
0	LORMETAZEPAM KERN PHARMA EFG 1 MG 30 COMPRIMIDOS	1	MG	/ALTR	/DIA	COMP	OR	90
0	CITALOPRAM ACTAVIS EFG 20 MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	20	MG	/ALTR	/DIA	COMP	OR	90

Pla de medicació



Tractaments de curta durada

Medicament o producte sanitari i núm, de prescripció	Dosi I freqüéncia	Durada del traotament	Prescriptor/a loentre	V igê nola	Come ntaris	
ESPIRONOLACTONA ALTER 25MG 20 COMP RECUB EFG P1E158726843	1 COMPRIMIT cada 24 HORES	90 DIES	ZELADA RODRIGUEZ (CO:108467233) GERIATRIA Alta Hospitalària - C. Sanitari Terrassa	09/02/2015 09/05/2015	Emoter 1	
CARVEDILOL ALMUS 6,25MG 28 COMPRIMIDOS EFG P1E158726841	0.5 COMPRIMIT cada 24 HORES	90 DIES	ZELADA RODRIGUEZ (Col:108467233) GERIATRIA Alta Hospitalària - C. Sanitari Terrassa	09/02/2015 09/05/2015	Emozer 0.5	
PARACETAMOL TEVA 650MG 40 COMPRIMIDOS EFG P1E158726838	3 COMPRIMIT cada 24 HORES	90 DIES	.ZELADA RODRIGUEZ (Col:108467233) GERIATRIA Alta Hospitalària - C. Sanitari Terrassa	09/02/2015 09/05/2015	± ††† Earnorzer Diner 1 1	Soper 1
LORMETAZEPAM KERN PHARMA 1MG 30 COMPRIMIDOS EFG P1E158726837	1 COMPRIMIT cada 24 HORES	90 DIES	.ZELADA RODRIGUEZ (Col:108467233) GERIATRIA Alta Hospitalària - C. Sanitari Terrassa	09/02/2015 09/05/2015	AL ACOSTARSE	NE 1
CITALOPRAM ACTAVIS 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG P1E158726836	1 COMPRIMIT cada 24 HORES	90 DIES	ZELADA RODRIGUEZ (Col:108467233) GERIATRIA Alta Hospitalària - C. Sanitari Terrassa	09/02/2015 09/05/2015	Earnozar 1	
TIRODRIL 5MG 40 COMPRIMIDOS P1E158726839	0.5 COMPRIMIT cada 24 HORES	90 DIES	ZELADA RODRIGUEZ (Col:108467233) GERIATRIA Alta Hospitalària - C. Sanitari Terrassa	09/02/2015 09/05/2015	Exercise 0.5	



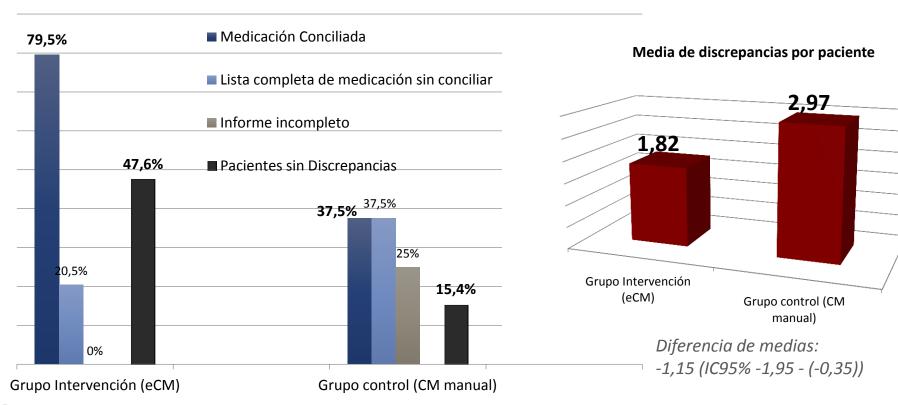




Errores de CM en informe de alta: eCM vs CM manual

Altas de PCC entre el 1 y el 31 de Marzo de 2015

- Análisis de informes de alta de 100 pacientes PCC en los que la CM es obligatoria
- eCM: 44 altas de Geriatria, UGA, Subagudos, Paliativos
- CM manual: 56 altas del resto de PCC

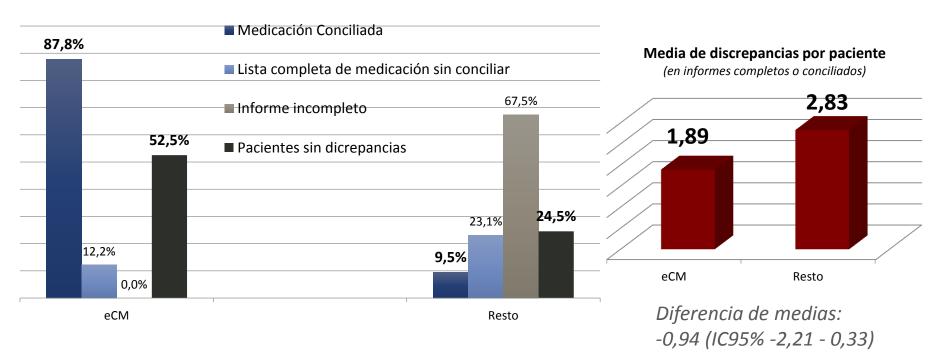




Errores de CM en informe de alta: eCM vs resto

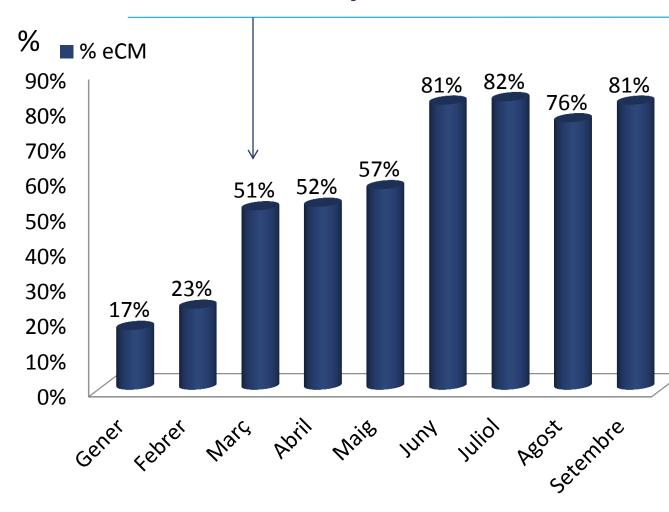
Todas las altas entre el 1 y el 31 de Julio de 2015

- Análisis de informes de alta de 210 pacientes (fecha prevista de alta con 24h de antelación).
- eCM: 41 altas de Geriatria, UGA, Subagudos, Paliativos
- Resto: 169 altas del resto de pacientes





Cobertura: implantación de la eCM



CONVALESCENCIA
LLARGA ESTADA
PAL·LIATIUS
UGA
SUBAGUTS

Total eCM 2015: **665**



Futuro de la eCM en el CST: conseguir el máximo impacto seguridad

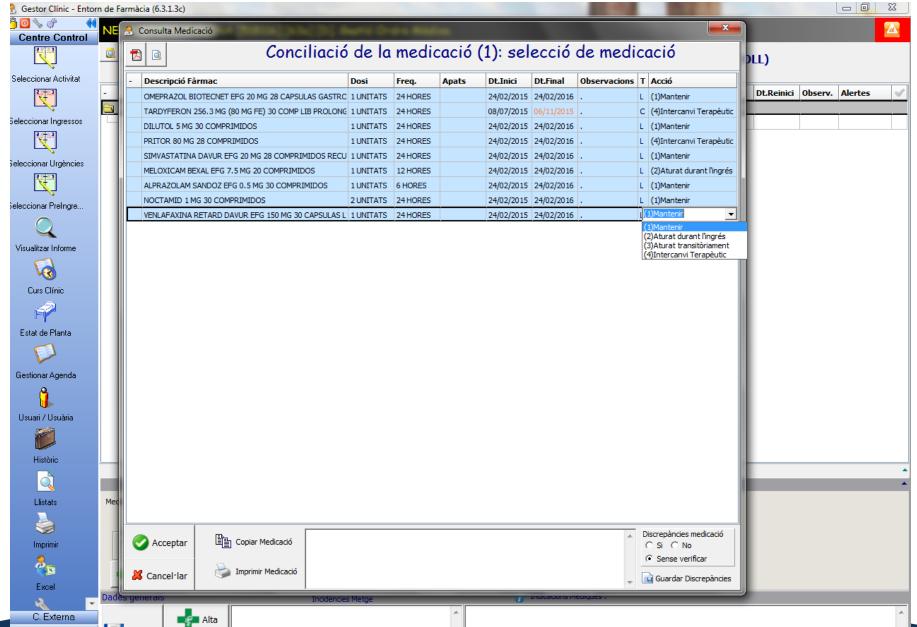
Impacto en la Seguridad global del proceso de CM Reducción del riesgo de error CM X en cada paciente

Cobertura del programa (% de altas en les que se aplica la CM

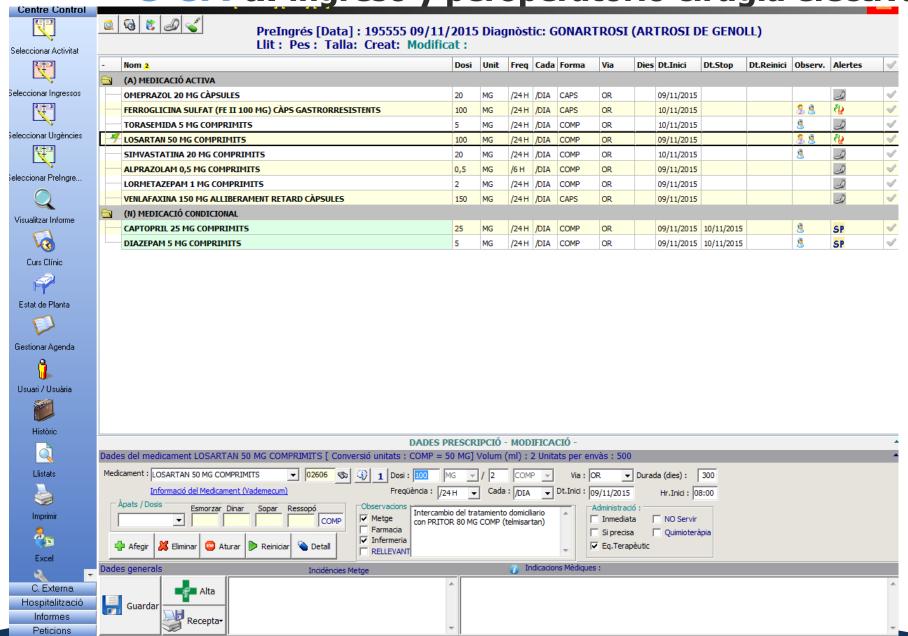
- Actualmente la eCM reduce un 30-40% el riesgo de error de CM en el informe de alta
- Queremos mejorar aun más la calidad del proceso: CM al ingreso, informe para el paciente, comunicación con el MAP, etc.
- Actualmente la eCM se aplica en el 87 % de las altas de los servicios que han entrado en el programa y en el 8 % de las altes totales
- Queremos extenderlo a todas las altas



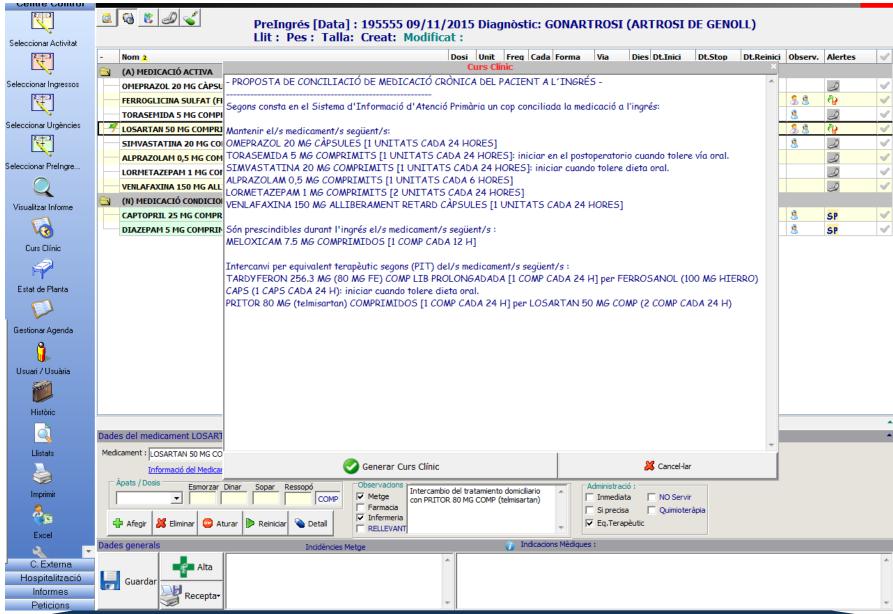
e-CM al ingreso y peroperatorio cirugía electiva



e-CM al ingreso y peroperatorio cirugía electiva



e-CM al ingreso y peroperatorio cirugía electiva



Resultados CM en cirugía electiva

	MEDICINA CLINICA	MEDICAA .	cients amb CM erioperatòria	% CMq
ELSEVIER DOYMA	www.elsevier.es/medicinaclinica	Energy English	1.900	100%
Original			2.348	92%
	programa de conciliación perioperatoria de la tes de cirugía programada*	2.667	99%	
Cristina Roure Nueza*, Antoni Broto Sumalla	Manuela González Navarro ^a , Juan González Valdivieso ^a , M , Jordi Sarlé Rubí ^b y Xavier García Eroles ^c	2.846	99%	
a Servicio de Farmacia, Consorci Sanitari	t de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España			

Prescripciones sin error de CM mantenimento/suspensión	Grupo in	tervención	Grupo		
	n=	n=1211		:411	
A les 24h de ingreso	1040	94,9%	100	32,4%	p<0,01
A les 48h de ingreso	1045	92,8%	130	43,0%	p<0,01
A les 72h de ingreso	1034	90,6%	167	52,0%	p<0,01



^b Sistemas de Información, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España ^c Servicio de Anestesiología, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Lecciones aprendidas

- Implantar programas de CM y RM clínicamente relevantes, centrados en el paciente y sostenibles es una tarea larga y difícil. Sin herramientas como las presentadas los cambios introducidos son superficiales, inestables y de escaso impacto.
- La evaluación de los resultados y el feedback son elementos clave para vencer las resistencias y mantener la implicación de los profesionales.
- Ni la RM ni la CM son tareas que pueda hacer el farmacéutico sólo. Ambas forman parte de un proceso interdisciplinar en el que deben integrarse de forma natural. El farmacéutico debe acuar allá dónde aporte más valor (en general RM>CM)
- La CM y la RM deben estar centradas en el paciente y no en la organización y por lo tanto deben integrarse con los instrumentos de información y comunicación compartidos: HCC, e-receta, carpeta personal de salud y deben tener alcance territorial.
- La atención centrada en la persona y no en la enfermedad es contraria al sistema de trabajo clásico en las consultas de AP. Será necesario rediseñar el día a día de la consulta para poder transformar el modelo de atención.



Agradecimientos

Gemma Martínez; Manuela González Jordi Sarlé; Marta Massanés; Monica Gómez-Valent; Mariona Roca; Carme Solera; Leo Cuadra, Enric Garcia, Vicky Pardo; Rosa Ramírez; Àngels López; Consol Mañé; Gemma Canals; Xavier Martí; Dani Rodríguez; Marco Zelada; Ernesto Guevara; Jordi Acezat; Esther Gimenez; Javier Almendral; Jordi Brunet; Silvia Gamarra; Asun Aznar; Ana Garcia Glòria canal; Alicia Calle; Pablo Villace; Isabel Torrent; Susanna Herranz; Mª Antonia Villarino; Susana Rodriguez; Susanna Rivert, Silvia Gubern; Pilar Ferre; Montse Ureña, Mireia Llonch; M^a Queralt Gorgas; Marco Inzitari

"Do as **much** as possible **for** the patient, and as **little** as possible **to** the patient"

Si vas **solo** irás rápido, Si vas **acompañado irás lejos**





The Lown Institute



croure@cst.cat