

XII CURSO GESTIÓN INTEGRAL DEL MEDICAMENTO
EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS

PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL: "URGENCIAS, UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN Y CENTROS SOCIOSANITARIOS"

Dra. Virginia Saavedra Quirós
Adjunto de Farmacia. HUPHM
24/10/2018

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- Es una **necesidad** del **sistema sanitario** para asegurar la **calidad y seguridad** en la atención y que hace frente al **envejecimiento de la población** y a la mayor prevalencia de **enfermedades crónicas**.
- **Objetivo:** reforzar el vínculo AP-AE-CSS.
- **Continuidad de atención intrahospitalaria e interhospitalaria**
 - Efectividad y eficiencia
 - Calidad de la asistencia
 - Seguridad en la atención
 - Satisfacción de usuarios y profesionales.

PREVALENCIA DE LA POLIFARMACIA

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(1):2-8



Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ORIGINAL

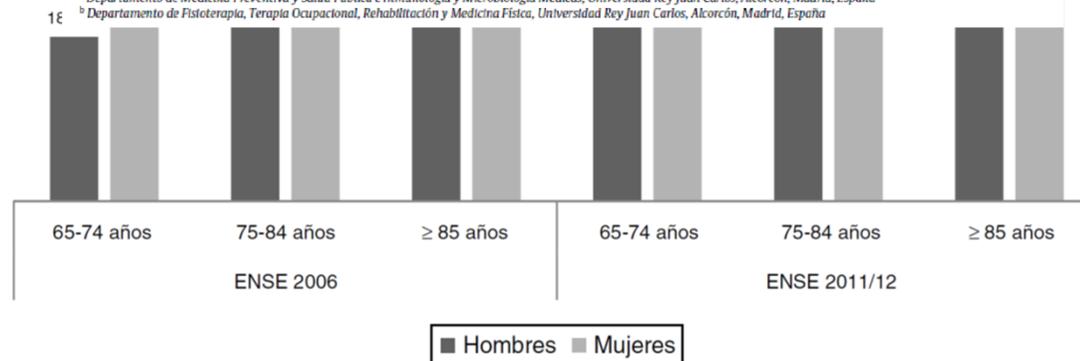
Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12



Mar Martín-Pérez^{a,*}, Ana López de Andrés^a, Valentín Hernández-Barrera^a, Rodrigo Jiménez-García^a, Isabel Jiménez-Trujillo^a, Domingo Palacios-Ceña^b y Pilar Carrasco-Garrido^a

^a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología y Microbiología Médicas, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

^b Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España





Estudio ENEAS (2005)

9,3%



Evento adv – Asist. sanitaria

42,8% evitables

37,4%



34,8% evitables



Estudio EVADUR (2010)

12%



Incidente/Evento adv

70% evitables

7,5% Motivo de consulta a Urg

Estudio EARCAS (2011)

- ✓ 54,5 % encuestados: fallos en la revisión de la medicación en la valoración inicial del paciente.
- ✓ Más del 60% consideraron que con frecuencia:
 - Se omite la administración de dosis o medicamentos
 - La duración del tratamiento en muchos casos es incorrecta
 - La técnica aplicada para administrar la medicación es errónea

DETECCIÓN DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE FÁRMACOS EN PACIENTES MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
BERMEJO BOIXAREU C, SAAVEDRA QUIRÓS V, GUTIÉRREZ PARRÉS B, NÚÑEZ GONZÁLEZ A, CEREZO OLMOS C, SÁNCHEZ GUERRERO
A, GÓMEZ RODRIGO J.



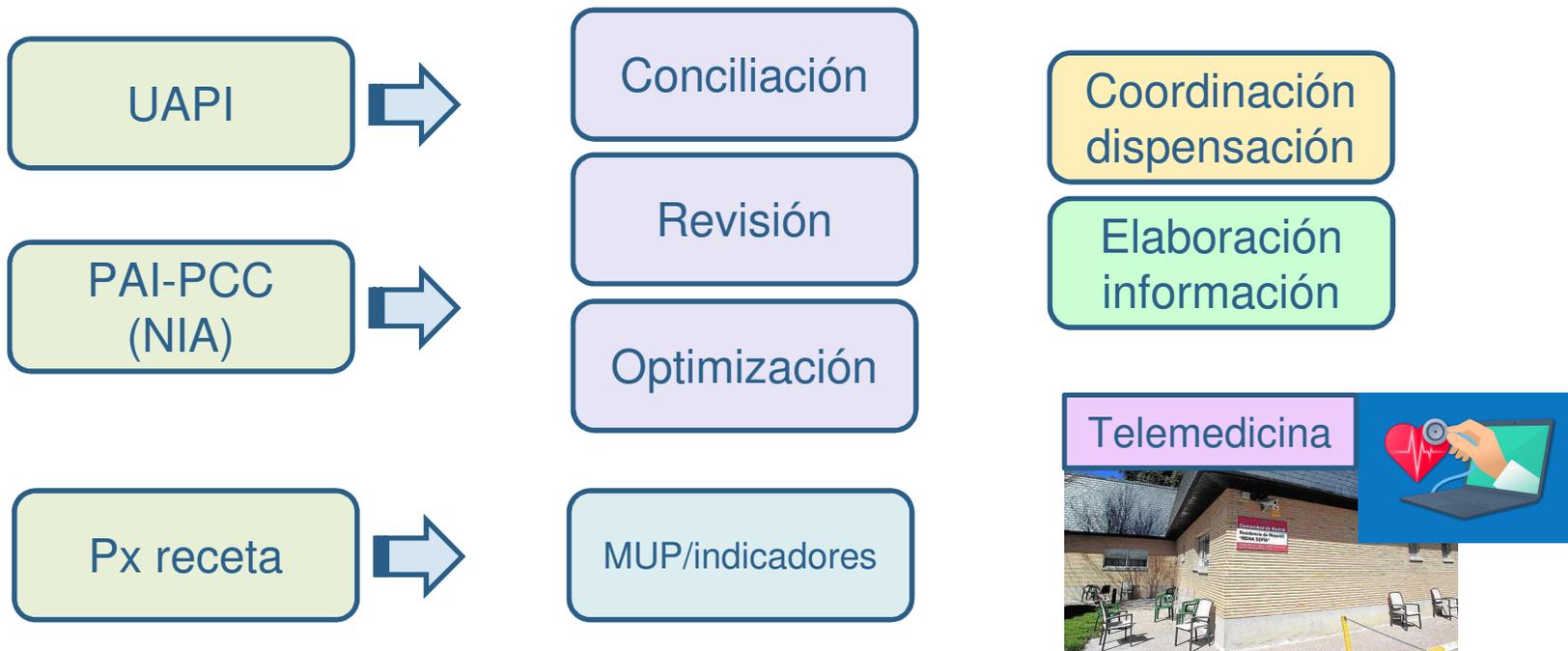
Rev. O.F.I.L. 2016, 26;1

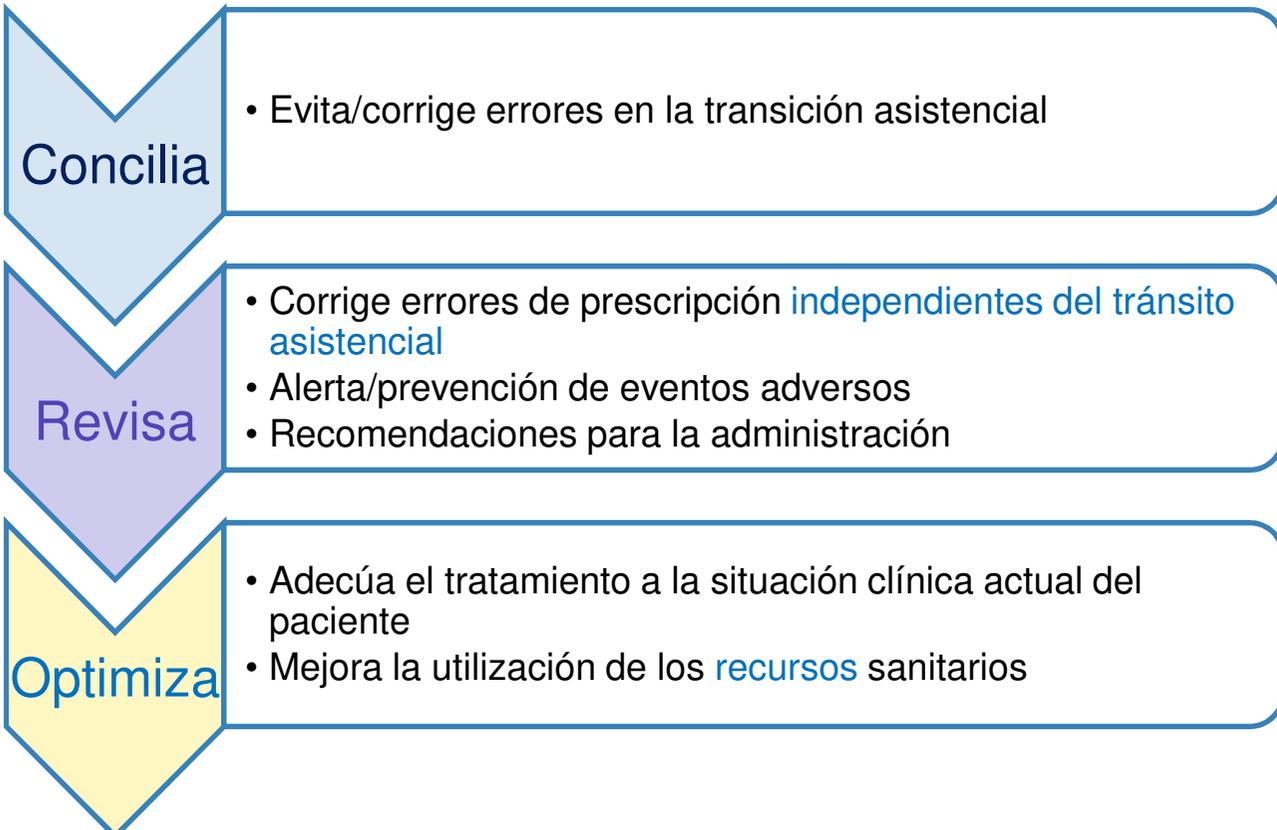
- 124 pacientes (70% mujeres; media de edad: 85,6±5,48 años)
- 9 fármacos crónicos por paciente.
 - El 86,3% tenían seis o más fármacos.
- En 20 pacientes (16%) el motivo de consulta estaba relacionado con prescripción inapropiada.
- 101 pacientes (81,5%) tenía uno o más criterios STOPP
 - Consumo de medicamentos no indicados (45,9%):
 - Fármacos que favorecen caídas (y caída en los 3 meses previos): 33 (26,6%)
- 104 pacientes (83,9%) tenían uno o más criterios START



¿CUÁL ES EL PAPEL
DEL FARMACÉUTICO?

APOYO ESTRATEGIAS SERMAS-HUPHM





Concilia

- Evita/corriges errores en la transición asistencial

Revisa

- Corrige errores de prescripción **independientes del tránsito asistencial**
- Alerta/prevencción de eventos adversos
- Recomendaciones para la administración

Optimiza

- Adecúa el tratamiento a la situación clínica actual del paciente
- Mejora la utilización de los **recursos** sanitarios



¿QUÉ APORTA LA CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN?

[BMJ Open](#). 2016; 6(2): e010003.

PMCID: PMC4769405

Published online 2016 Feb 22. doi: [10.1136/bmjopen-2015-010003](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010003)

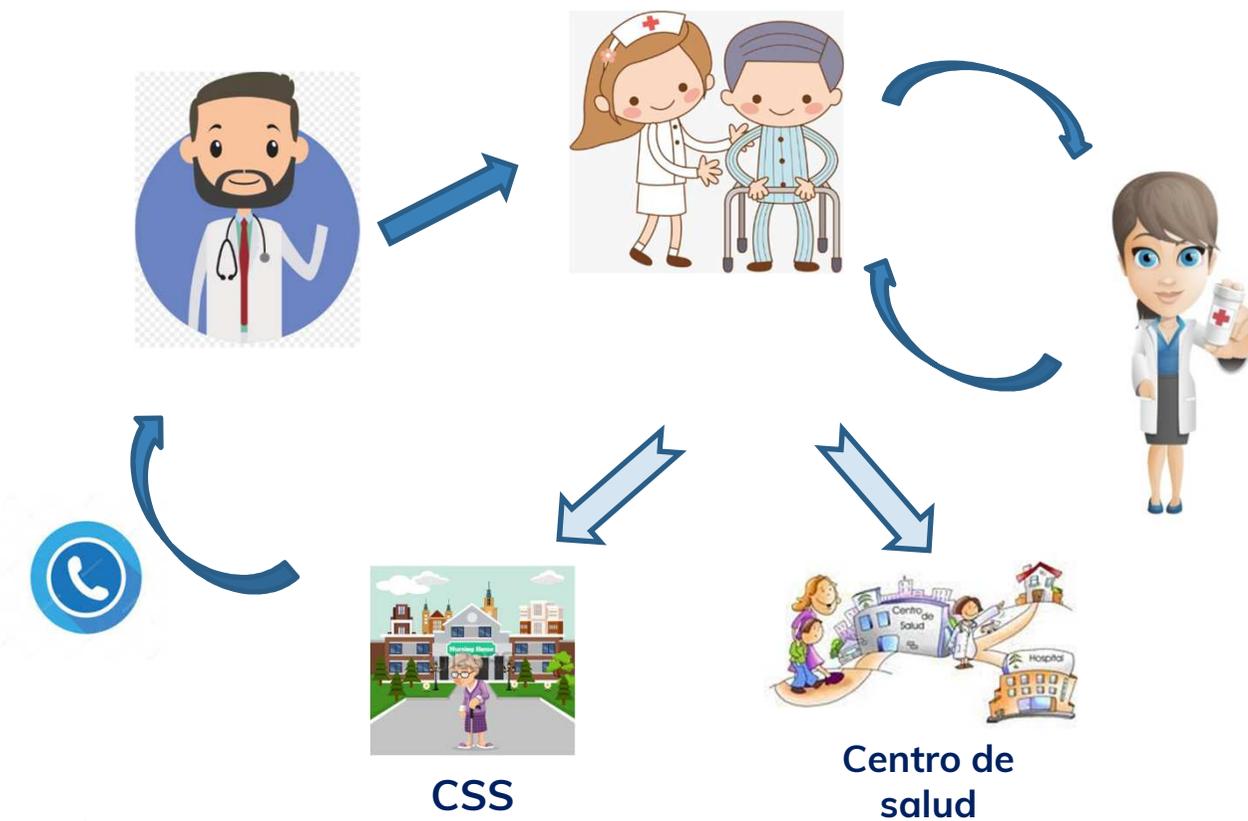
Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis

[Alemayehu B Mekonnen](#),^{1,2} [Andrew J McLachlan](#),^{1,3} and [Jo-anne E Brien](#)^{1,4}

[Author information](#) ► [Article notes](#) ► [Copyright and License information](#) ►

- ✓ ↓ **19% reingresos** hospitalarios (RR 0,81; IC del 95%: 0,70 a 0,95)
- ✓ ↓ **67% reingresos relacionados con fármacos** (RR 0,33; IC del 95%: 0,20 a 0,53)
- ✓ ↓ **28% visitas a urgencias** (RR 0,72; IC del 95%: 0,57 a 0,92)
- ✓ **NO diferencias en mortalidad** (RR 1,05; IC del 95%: 0,95 a 1,16)

COORDINACIÓN DE LA DISPENSACIÓN



Objetivos:

Evitar ingreso-Acortar estancia hospitalaria



- ↓ morbimortalidad
- Mejorar calidad de vida
- Mejorar sostenibilidad del SNS

INFORMACIÓN PARA EL PROFESIONAL SANITARIO

AMOXICILINA/CLAVULÁNICO

¿Qué es y para qué se utiliza?

- ❖ **Principio activo:** Amoxicilina/clavulánico
- ❖ **Grupo terapéutico:** Penicilina (Betalactámico)
- ❖ **Indicaciones:** infecciones causadas por bacterias sensibles (Gram positivos, anaerobios).

Dosis habitual por vía parenteral

- ✓ **1-2g/200 mg cada 8h.** La dosis, vía e intervalo de administración, se establecerá según la gravedad de la infección, el estado del paciente y la sensibilidad del germen.
- ✓ Requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal.

Interacciones farmacológicas

- ✓ Puede interferir en los niveles de INR en pacientes anticoagulados con acenocumarol o warfarina.
- ✓ Puede reducir la excreción renal de metotrexato.
- ✓ No administrar junto a **antibióticos bacteriostáticos** por antagonismo (tetraciclinas, macrólidos, sulfamidas...)

Efectos secundarios

Muy frecuentes: diarrea, candidiasis mucocutánea.

¿Cómo se administra?



VÍA INTRAVENOSA

➤ **Reconstitución:** reconstituir el vial de 1 ó 2 g con 20 ml de API o SSF 0,9%*

➤ **Administración en infusión intermitente:** tras la reconstitución, diluir la dosis prescrita en **50-100 ml de SSF 0,9%** y administrar en **30 min.**



Incompatible con SG5%

➤ **Administración en inyección iv directa** (alternativa en **casos excepcionales** por mayor riesgo de eventos adversos): administrar muy lentamente (3 min).



No administrar más de 1 g/200 mg por vía IV directa

Conservación



- El vial debe conservarse a **temperatura inferior a 25°C.**
- **Estabilidad del vial reconstituido:** 15 minutos a Tª ambiente.
- **Estabilidad de la dilución:** 1 h a Tª ambiente.

Mantener fuera del alcance de los niños

	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A	Versión	Julio 2018
	RESIDENCIAS GERIÁTRICAS	Código:	PNT/
	MEDICALIZADAS Y HOSPITALES DE APOYO	Página:	Página 1 de 6

Mayo-Septiembre 2018

- Alta tto UAPI: 24 procesos clínicos (23 pacientes)
- Contacto telefónico-tto CSS: 16 procesos clínicos
- Coste infección urinaria sin complicaciones: 1.823 €*
 - Coste infección respiratoria sin complicaciones 3.012 €*
 - Coste infección respiratoria sin complicaciones 3.012 €*

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A RESIDENCIAS GERIÁTRICAS MEDICALIZADAS, HOSPITALES DE APOYO Y

CENTROS DE SALUD

Índice

1. Objetivo
2. Responsabilidad de aplicación y alcance
3. Normativa y otra documentación relacionada
4. Definiciones
5. Descripción del procedimiento
6. Registros
7. Controles
8. Control de cambios
9. Anexos

**Estimación gasto evitado
(40 estancias hospitalarias):
71.480€-119.040€**

* Orden 731/2013, de 6 de septiembre, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid ([BOCM nº 215, de 10 de septiembre](#)).

ALERGIAS: NO RAMC .

Patologías: DETERIORO COGNITIVO (Demencia mixta vascular y degenerativa (seguimiento Geriatria h. Ramon y cajal)), LEUCEMIA (LLC (1985) en seguimiento por Hematología (no asistido a consultas)), ITU , HIPONATREMIA (Hiponatremia hipoosmolar leve), ULCERA (Absceso maxilar derecha (IC maxilo)), ARTROSIS , CIRUGIA (meniscectomia derecha hace 30 años) , DEPRESION (Animo deprimido (seguimiento en MAP)), EXALCOHOLICO , FRACTURA (Vertebrales con utilizacion de faja/corse), TCE (Enero 2016).

Antecedentes:

Medicación Actual:

Desde: 09-02-17 **Hasta:** 23-02-18
OMEPRAZOL KERN PHARMA 20 mg CAPSULAS DURAS GASTRORESISTENTES EFG. Poso: 8h - 1, L-M-X-J-V-S-D
23-02-18 ATORVASTATINA ACTAVIS GROUP 40 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG. Poso: 20h - 0,5, L-M-X-J-V-S-D
23-02-18 ACFOL 5 mg COMPRIMIDOS. Poso: 8h - 1, L-M-X-J-V-S-D
17-04-17 Rivastigmina 9.5 mg/24 h 60 parches transdermicos. Poso: 8h - 1, L-M-X-J-V-S-D
09-05-16 OPTOVITE® B12 1.000 GAMMAS. Poso: 12h - 1, Cada 30 dias.
09-05-16 OLMETEC 40 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS. Poso: 8h - 1, L-M-X-J-V-S-D
16-05-16 BRITAPEN 500 mg CAPSULAS. Poso: 8h - 1, 16h - 1, 20h - 1, L-M-X-J-V-S-D
11-01-17 NOLOTEL 575 MG CAPS. Poso: 8h - 1, 12h - 1, 20h - 1, L-M-X-J-V-S-D
03-02-17 PALEXIA RETARD 50 MG. Poso: 20h - 1, L-M-X-J-V-S-D
24-07-17 ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG. Poso: 8h - 1, Si precisa.

Dieta:

Estado Actual: Se trata de paciente femenina de 79 años de edad quien luego de cenar presenta episodio subido de disminucion del nivel de conciencia de 15 min duracion en el que no responde al ser llama ni a estímulos dolorosos, no asocia

Principio Activo	Especialidad	Via	Frecuencia	Fecha Inicio	Fecha Fin	Observaciones
EA METAMIZOL	METAMIZOL 3 G AMPOLLA (METAMIZOL 20 AMP 5 ML)	IV	1 AMP CADA 8 HORAS (8-8-16)	18/10/2018 15:01		
EA PARACETAMOL	PARACETAMOL 1 G 100 ML VIAL (PARACETAMOL 1G VIAL IV 100 ML)	IV	1 VIAL CADA 8 HORAS (8-8-16)	18/10/2018 15:01		Alternando con paracetamo
EA ACETILSALICILICO	ACIDO 300MG COMPADRO TROMALYT 1 CADRO 300 MG COMP	VO	300 mg CADA 24 HORAS (9 HORAS)	18/10/2018 14:59		
EA OMEPRAZOL	OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA (OMEPRAZOL 20 MG CAPS)	VO	1 CAPS Desayuno	18/10/2018 14:58		
EA ATORVASTATINA	ATORVASTATINA 20 MG COMPR	VO	1 COMP Cena	18/10/2018 14:57		

Prescripcion No Farmacológica

Prescripcion	Frecuencia	Fecha Inicio	Fecha Fin	Observaciones
--------------	------------	--------------	-----------	---------------

VS

- ✓ Situación clínica actual
- ✓ Gráfica de evolución de constantes vitales
- ✓ Analítica

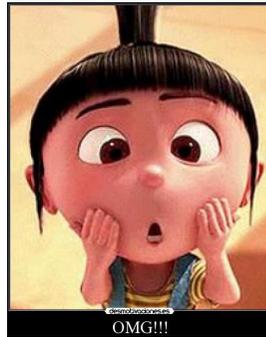
INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN

- ⇒ Médicos de Urgencias/S^o Ingreso
- ⇒ Enfermería de Urgencias
- ⇒ Médicos de residencia
- ⇒ H. Cruz Roja
- ⇒ Médicos de Atención Primaria

¿QUÉ NOS ENCONTRAMOS?

- Omisión de fármacos necesarios
- Prescripción de fármacos innecesarios
- Errores en la posología
- Errores en la presentación del fármaco
- Duplicidades



¿POR QUÉ NOS LO ENCONTRAMOS?

- Somos humanos
- Presión asistencial
- Fragmentación de la información
- Polimedicación-
Multimorbilidad
- Situación basal del paciente



- Requiere tiempo:
 - Recopilar información
 - Análisis exhaustivo

Edad: 90 Años

PTN

ICTUS hemisférico izdo subagudo

Sin alertas conocidas

Urgencias Generales



Notas de Progreso



18/06/2018 15:32:10

18/06/2018 15:52:38

Conciliación de la medicación (ALTA)



Virginia Saavedra Quiros(Farmacéutico)

UAPI-Conciliación y revisión de la medicación al ingreso hospitalario:

El tratamiento habitual de la paciente según informe de residencia "Sergesa-Boadilla" a fecha 18/06/2018 es:

- Eliquis (apixaban) 2,5 mg comp: 1-0-1 (confirмо con la médico de residencia la pauta descrita en el informe: 1 comp en desayuno, ya que la pauta recomendada es 1 comp/12h. Me confirma que le administran 1 comp. cada 12 h)
- Aprovel (irbesartan) 150 mg comp. 1-0-0
- Amiodarona 200 mg comp. 1/2-0-0 (de lunes a viernes)
- Sinemet (carbidopa/levodopa) 25 mg/250 mg comp. Medio comprimido cada 8h
- Keppra (levetiracetam), 1000 mg en desayuno y 750 mg en cena.
- Rivotril (clonazepam) 0,5 mg comp. 0-0-2
- Quetiapina 50 mg comp. 0-0-1
- Sertralina 100 mg comp. 1-0-0
- Mirtazapina 15 mg comp. Dispersable 0-0-1
- Prometax (rivastigmina) 9,5 mg parches: 1-0-0
- Omeprazol 20 mg caps: 0-0-1
- Motilium (domperidona) 10 mg comp: 0-1-0
- Ferplex 40 mg (Hierro proteinsuccinilato) sol. Oral vial bebible: 1-0-0
- Ganfort (bimatoprost/timolol) 0,3/5 mg/ml colirio: 0-0-1

En tratamiento agudo con fosfomicina 500 mg comp. 1-1-1

Recomendaciones sobre el tratamiento prescrito al ingreso:

- Confirmar la posología prescrita de amiodarona y apixaban, teniendo en cuenta la posología habitual de la paciente.

Recomendaciones sobre el tratamiento habitual de la paciente:

- Valorar riesgo/beneficio del uso de fármacos que prolongan el intervalo QT en paciente con antecedente de QT largo. Entre los fármacos que toma la paciente se ha descrito dicho riesgo para: amiodarona, quetiapina, setralina, y domperidona. En el caso de mirtazapina se describe como "posible riesgo".

 <p>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda Comunidad de Madrid</p> <p>C/ Manuel De Falla 1 28220 Majadahonda Madrid (España) Teléfono 1: 911916565. http://www.madrid.org/ Teléfono 2: 911917299. cadmis.hpth@salud.madrid.org</p> <p>INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN</p>	N.H.C.:	Acto Clínico:
	Nombre y apellidos:	
	Fecha de nacimiento:	Sexo: Hombre
	Dirección:	
	Servicio:	

Análisis al alta: Creatinina 2,07 mg/dl. Urea 124 mg/dl. Sodio 140 mmol/l. Potasio 4,50 mmol/l

Conciliación de la medicación al ingreso hospitalario:

Recomendaciones sobre el tratamiento habitual del paciente:

- Revisar duplicidad terapéutica: tamsulosina + doxazosina (tratamiento habitual del paciente). Ambos son bloqueantes alfa-1 adrenérgicos. En el caso de pacientes hipertensos con hiperplasia benigna de próstata se recomienda utilizar doxazosina ya que cubre ambas indicaciones (tamsulosina solo indicado en HBP).
- Valorar sustitución de olmesartan por otro ARAII. Se recuerda que Olmesartán ha demostrado ser eficaz en disminuir la presión arterial pero no se ha establecido su eficacia en la disminución de la morbimortalidad cardiovascular, a diferencia de otros ARA II. Además, se ha relacionado específicamente con riesgo de enteropatía sprue-like, efecto adverso muy raro pero grave, que no se ha relacionado con otros ARAII.

- Insulina: Insulina 0,1 en desayuno
- Jalra 50mg 1 comprimido en comida
- Beglan 25mcg, 2 inhalaciones cada 12 horas

Recomendaciones:

Revisión en Cardiología según cita previa y seguimiento por resto de especialistas.

Seguimiento por Atención Primaria.

Paciente incluido en Procesos Asistencial Integrado del Paciente Crónico Complejo. Recomendamos contacto con especialista consultor o enfermera de enlace si empeoramiento o necesidad de valoración hospitalaria.

Conciliación de la medicación al ingreso hospitalario:

Recomendaciones sobre el tratamiento habitual del paciente:

- Revisar duplicidad terapéutica: tamsulosina + doxazosina (tratamiento habitual del paciente). Ambos son bloqueantes alfa-1 adrenérgicos. En el caso de pacientes hipertensos con hiperplasia benigna de próstata se recomienda utilizar doxazosina ya que cubre ambas indicaciones (tamsulosina solo indicado en HBP).
- Valorar sustitución de olmesartan por otro ARAII. Se recuerda que Olmesartán ha demostrado ser eficaz en disminuir la presión arterial pero no se ha establecido su eficacia en la disminución de la morbimortalidad cardiovascular, a diferencia de otros ARA II. Además, se ha relacionado específicamente con riesgo de enteropatía sprue-like, efecto adverso muy raro pero grave, que no se ha relacionado con otros ARAII.



Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda

Comunidad de Madrid

C/ Manuel De Falla 1
28220 Majadahonda
Madrid (España)
Teléfono 1: 911916565. <http://www.madrid.org/>
Teléfono 2: 911917299. cadmis.hpth@salud.madrid.org

INFORME DE ALTA URGENCIAS

N.H.C.:	Acto Clínico:
Nombre y apellidos:	
Fecha de nacimiento: 20/05/1930	Sexo: Mujer
Dirección: Calle MANUEL DE FALLA , 1 RESID. VALLE DE LA OLIVA Majadahonda Madrid 28220	
Teléfono:	
DNI:	CIPA:
CIP:	
NSS:	
Servicio: Urgencias Generales	

Juicio clínico:

- TCE FOCAL EN PACIENTE ANTICOAGULADA.
- HSA.

Tratamiento:

- SUSPENDER SINTROM hasta nueva valoración en CEX por neurocirugía.
- Resto de tratamiento según UAPI-Conciliación (adjunto posteriormente)
- Se solicitar TC control para realizar en unas 6 semanas y cita para revisión en la consulta de Neurocirugía.

UAPI-Conciliación y revisión de la medicación al ingreso hospitalario:

El tratamiento habitual de la paciente según informe de residencia "Albertia-Valle de la Oliva" a fecha 19/08/2018 es:

- Sintrom 1 mg comp. 1,5 mg/ día (L, X, V, S, D); 1 mg/día (M, J). DTS 9, mg.
- Enalapril 10 mg comp. 1-0-0
- Furosemida 40 mg comp. 1,5-1-0 (actualmente con pauta 2-1-0 desde el 17/08/2018)
- Potasion 600 mg caps.0-1-0
- Sertralina 50 mg comp. 1-0-0

Recomendaciones sobre el tratamiento habitual de la paciente y prescrito al ingreso:

-Valorar Beneficio/riesgo del tratamiento con Sertralina. Se recuerda que los ISRS (sertralina) se han relacionado con un incremento del riesgo de sangrado. Se han descrito, aunque raramente, hemorragias (equimosis, hemorragias ginecológicas, sangrado gastrointestinal y otros sangrados cutáneos o de mucosas). Se recomienda precaución en el uso concomitante con acenocumarol en paciente con antecedentes hemorrágicos.

RESULTADOS INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

 Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda

Servicio de Farmacia

Intervención farmacéutica en UAPI

Periodo de análisis: Mayo-Septiembre 2018

Nº Pacientes conciliados: 413

Nº total de IF. al ingreso: 358

Nº Discrep. no justificadas: 226

Nº Errores de prescripción: 82

Nº adv. efectos adversos: 54

Nº IF sobre tto habitual/alta: 350

Intervención farmacéutica en PAI

Periodo de análisis: Enero-Septiembre 2018

Nº Pacientes conciliados: 55

Nº total de IF. al ingreso: 85

Nº Discrep. no justificadas: 48

Nº Errores de prescripción: 33

Nº adv. efectos adversos: 4

Nº IF sobre tto habitual/alta: 36

GRADO DE ACEPTACIÓN DE LA IF

CONSIDERACIONES:

- Útil para medir la eficacia de la intervención
- Influencia de múltiples factores:
 - No toda intervención requiere una acción
 - Relevancia de la discrepancia/error
 - Vía de comunicación
 - IF sobre el tto prescrito al ingreso: duración de la estancia en Urgencias.
 - IF sobre el tratamiento habitual del paciente: transmisión de la información al siguiente profesional sanitario le asiste.
- Subjetividad de la interpretación
- Requiere elevado tiempo



Revisión Bibliográfica sobre Trabajos de Costes de la “No Seguridad del Paciente”

Rev Esp Salud Pública 2013; 87:283-292.

N.º3 Mayo-Junio 2013

ORIGINAL BREVE

APROXIMACIÓN A LOS COSTES DE LA NO SEGURIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Fernando Antoñanzas Villar

Departamento de Economía y Empresa. Universidad de La Rioja

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

COSTES DE LA “NO SEGURIDAD”

Costes hospitalarios de la no seguridad (millones de euros del año 2011)

Derivados de pacientes ya ingresados	
Relacionados con la medicación	819
Relacionados con las infecciones nosocomiales	953
Relacionados con los procedimientos quirúrgicos	702
Derivados de pacientes ambulatorios que acuden al hospital por motivo de la no seguridad	
Costes de los ingresos hospitalarios	912
Costes de los servicios de urgencias	48

Revisión
Bibliográfica sobre
Trabajos de Costes
de la "No Seguridad
del Paciente"

INFORMEL ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2018
PRESIDENTE DE EMERGENCY CONSULTING

ANÁLISIS DE COSTES EVITADOS

Tabla V. Costes en euros (2005) de los efectos adversos relacionados con la medicación.

Efecto adverso	Incremento coste en euros (2005)/paciente con efecto adverso
Efecto adverso relacionado con la medicación	3.315 - 5.584 euros
Error de medicación	1.849 euros

ENE-SEPT 2018

232 + 57 EM evitados

*Coste EM:
1.849 €

Coste estimado
evitado
534.361€

*Fuente: Revisión Bibliográfica sobre Trabajos de Costes de la "No Seguridad del Paciente". MSC. 2008

CONCLUSIONES



- **Minimizamos:**
 - La polimedicación.
 - El riesgo de EA/interacciones/errores de medicación.
 - El impacto en el sistema sanitario (optimizamos recursos).

— • • —

- **Fomentamos**
 - La seguridad (y tranquilidad) en la toma de decisiones (consenso) para el personal sanitario que asiste al paciente en el CSS y/o AP.
 - La adherencia terapéutica.
 - La sinergia entre profesionales: intra y extrahospitalarios.

¡MUCHAS GRACIAS!

CM Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

