



Serveis de Salut Integrats
Baix Empordà

SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS

La gestión del medicamento en un entorno integrado

Fina Camós. Jefe de Servicio de Farmacia
Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

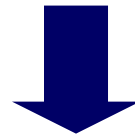


- 1. Organización sanitaria integrada**
- 2. Estrategias de Integración en SSIBE**
- 3. La gestión integrada del medicamento en SSIBE**
- 4. Algunos resultados**





Modelo centrado en el tratamiento de enfermedades agudas



Modelo centrado en el paciente

La coordinación asistencial clave para atender los problemas de salud crónicos que requieren la intervención de múltiples profesionales



Conexión de la atención que recibe un paciente desde las múltiples fuentes de provisión de servicios (Vazquez et al 2005)

Continuidad asistencial es el grado de coherencia y unión de las distintas experiencias en la atención que percibe un paciente a lo largo del tiempo



Redes de servicios de salud **una o más de una**
que ofrecen una atención coordinada **red proveedora**
a través de un continuo de prestaciones **atiende todo el proceso**
a una población determinada **identificada por cobertura**
y se responsabilizan de los costes de la provisión de servicios y
de los resultados en salud de dicha población **comparte riesgo**

(Shortel et al. 1996; Vazquez et al 2005)

Mejorar la continuidad asistencial
Mejorar la eficiencia global del sistema
Garantizar la equidad



Factores que influyen en el desarrollo de una OSI

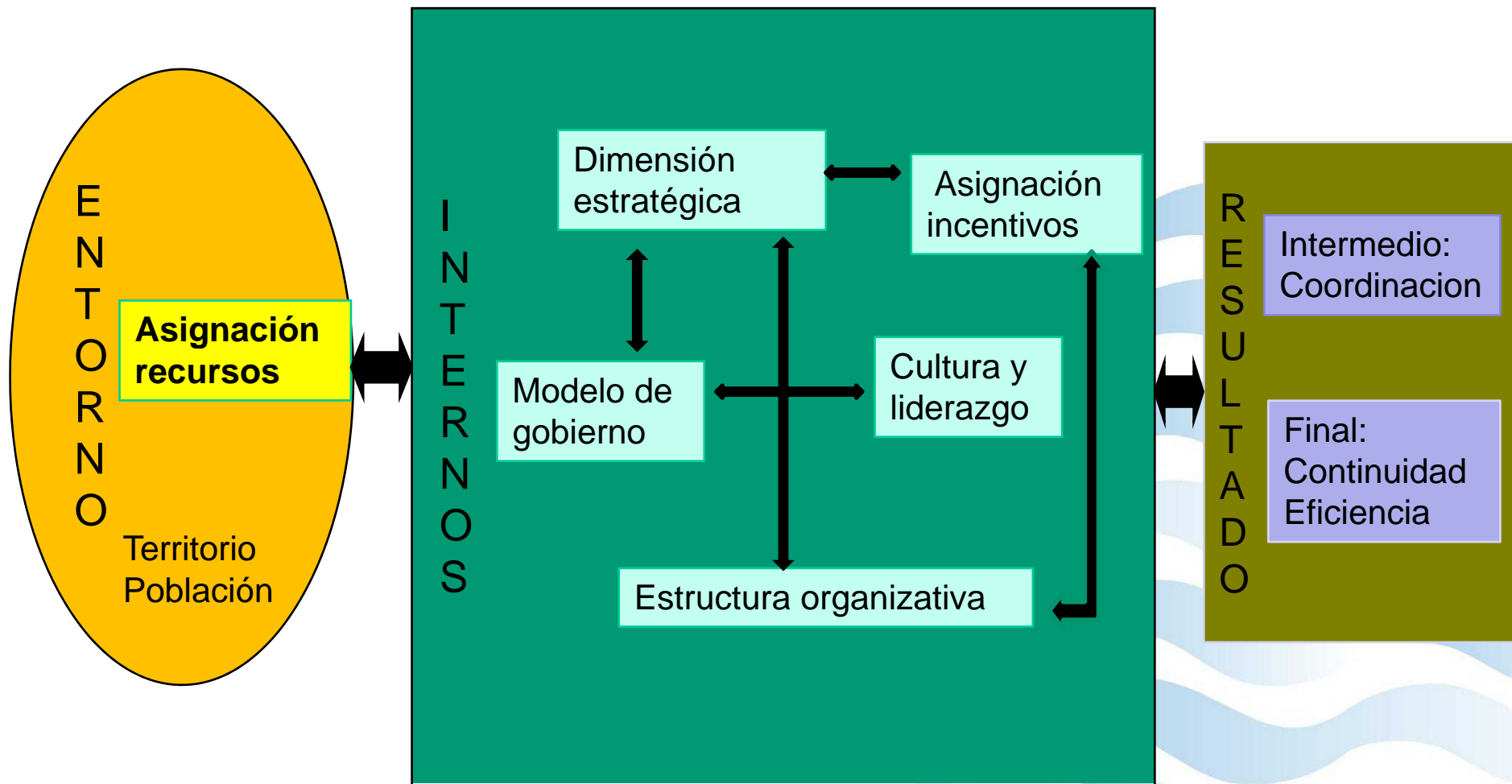




Tabla 2. Tipos de mecanismos de coordinación asistencial a partir de la clasificación de Mintzberg y Galbraith

Base de coordinación	Mecanismos de coordinación	Mecanismo de coordinación asistencial
Normalización	De procesos de trabajo	Guías de práctica clínica, mapas de atención, guías farmacológicas, planificación del alta
	De habilidades	Sistema de experto: formación continua, alternativas a la consulta tradicional
	De resultados	Estandarización de resultados
Adaptación mutua	Comunicación informal	Correo electrónico o postal, web, teléfono, reuniones informales
	Puesto de enlace	Gestor de casos
	Grupos de trabajo	Grupos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios
	Comités permanentes	Comité de gestión interniveles
	Sistema de información vertical	Sistema de información clínica integrado
	Estructura matricial o integrada	Gestor de proyectos Directivos integradores Estructura matricial

(Adaptada de: Vázquez, Vargas, Terraza, Pizarro [incompleta, y no consta en la bibliografía])
(Según el texto, faltaría el mecanismo de supervisión directa)

SSIBE

GPC, Protocolos
Circuitos administrativos

Sesiones compartidas H-AP-SS
Plan formación conjunto

E-mail, teléfono, intranet

Programa AtDom (Enfermera ABS)
EPOC: médico cabecera

Grupo consenso Derivaciones
Grupo Polimedicación

Comisión de Farmacia Integrada

Inform. asistencial y administrativa

Director A. paciente complejo
Directores de las unidades médicas, infancia, urgencias y quirúrgicas



Estrategias y mecanismos de integración asistencial

- Son elementos facilitadores pero no producen por sí mismos integración clínica
- En la integración clínica, el núcleo es el paciente y se requiere:
 - Los distintos clínicos que interactúan con el paciente definan y tengan objetivos comunes y compartidos
 - Responsabilidad compartida sobre resultados sanitarios y económicos
 - Cambio de cultura organizativa, no sólo cambio de nombres



Serveis de Salut Integrats
Baix Empordà

Inicio fase piloto

2001

Prórroga
2003

2005

Final fase piloto

Estudio evaluación experiencia piloto
2001-2005

Desarrollo de la experiencia piloto de compra en base poblacional

OBJETIVOS

- Mejora de la salud de la población
- Eficiencia de los servicios sanitarios
- Reequilibrio territorial en la financiación sanitaria
- Satisfacción de la población y los profesionales

ESTRATEGIA

- Alianzas entre proveedores
- Gestión coordinada de los servicios sanitarios
- Mejora de la continuidad asistencial
- Accesibilidad en los servicios sanitarios
- Incremento de la capacidad resolutoria de los servicios

Capita es el financiamiento sanitario que se asigna para que una persona reciba la atención sanitaria especificada durante un periodo de tiempo determinado (Ortún et al 2001)



Serveis de Salut Integrats
Baix Empordà

Entidades y centros que forman SSIBE

Fundación Mossèn Miquel Costa - Hospital de Palamós

Hospital
de agudos

Centro sociosanitario
y de atención a la dependencia

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà - AIE

ConSORCI assistencial del Baix Empordà

ABS la Bisbal
d'Empordà

ABS Palafrugell

ABS Palamós

ABS Torroella
de Montgrí

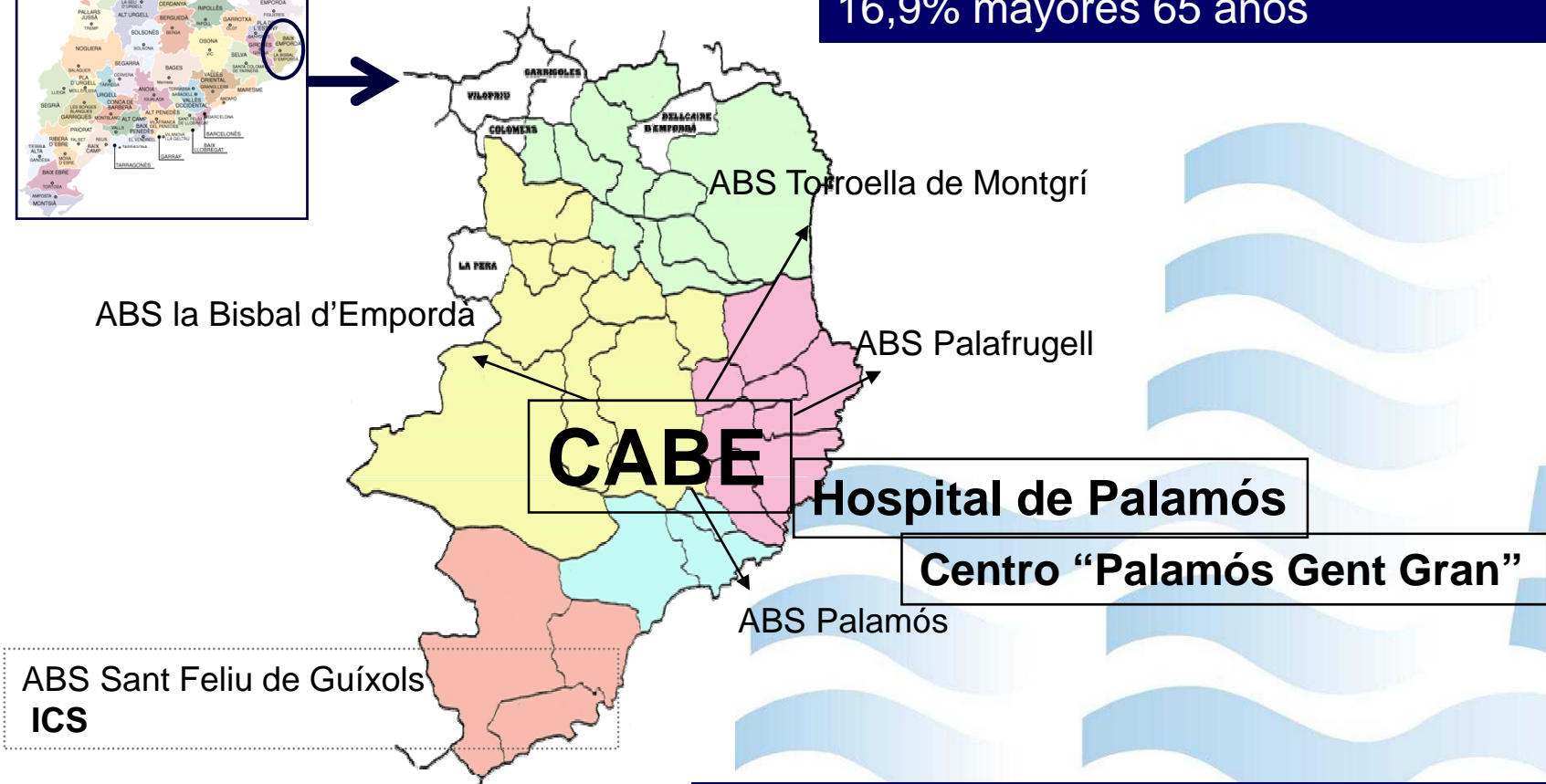


Serveis de Salut Integrats
Baix Empordà

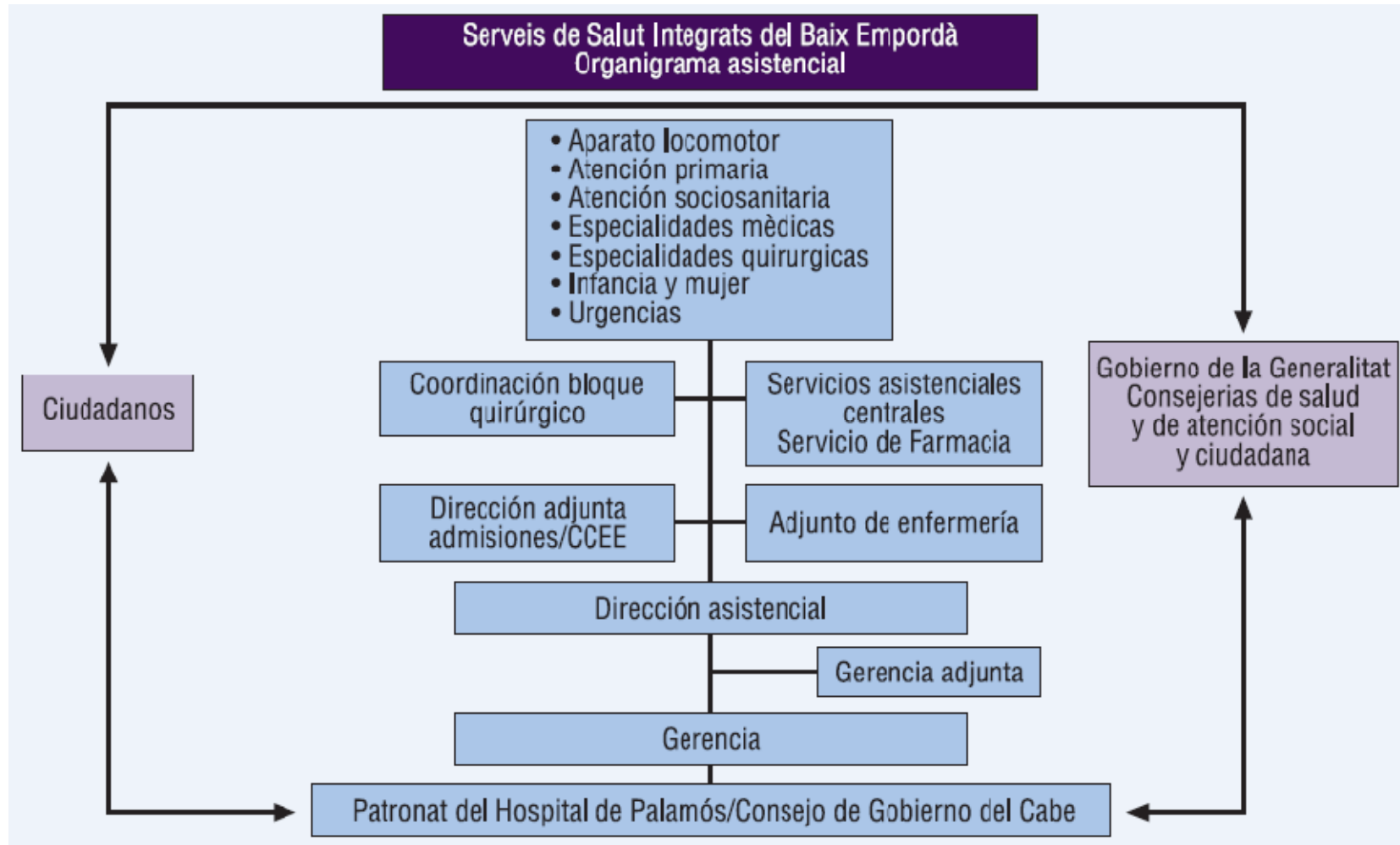
Àmbito territorial y estructura sanitaria



Población: 120.000 habitantes
16,9% mayores 65 años



Presupuesto sanitario: 92 M€
Presupuesto medicamentos: 28 M€ (31%)





Elementos estratégicos para la integración

- Política de Recursos Humanos
- Organización interna no divisional
- **Sistema de información integrado**
- **Gestión integral del medicamento**
- Guías de práctica clínica
- Financiación de base capitativa

Sortir Nou CC Cod OPC HCCC HEZ

Processos Mèdics Ant. Mèdics Ant. Quirúrgics Activitat

Nou Editar +Accions Notes Selector PRM

26/03/2004	TRASTORNS METABOLISME LIPIDS	VINYET (FAM)
24/05/2001	CONJUNTIVITIS PRIMAVERAL	VINYET (FAM)
07/05/2007	ESOFAGITIS PER REFLUX GRAU II	LAGO (DIG)
18/06/2009	ONIQUIA I PARONIQUIA DIT MA	SAENZ (FAM)
23/07/2002	ARTRITIS PSORIASICA	MANZANARES (...)
15/09/2000	ESPONDILITIS ANQUILOSANT;ARTRIT.REUMATOIDE COL...	VINYET (FAM)
28/06/2009	BURSITIS PREROTULIANA	SANCHEZ (FAM)
18/10/2002	HISTORIA PERSONAL DE MALALTIA ULCEROSA PEPTICA	VINYET (FAM)
04/06/2006	EXAMEN DE SEGUIMENT INESPECIFICAT	PLA (FAM)
11/08/2009	CONSULTA PER A LLUIRAMENT DE PRESCRIPCIONS REP...	CASTELLO (UR...

Historial

Al·lèrgies (1) Efectes Adversos Factors de Risc

Medicamentoses Al·lèrgies de tipus Alimentari

Al·lèrgies Físicoquímiques (pols, pol·len, etc)

POLLEN: gramínees

NO AL·LÈRGIC

* Si no trobés l'al·lèrgia codificada, consulti a farmàcia.

Ordres Mèdiques Imatges Act. Pendent

Selector d'ORM

Data/Hora	Tipus	Contingut	St	Professional	C.In
01/09/10 09:18	LAB	BISA,HEMA,INMU	PEN	CLAVAGUERA	

Medicació Vacunes ILT

Receptes Full Med. Guia

Medicació	Posologia
ALOPURINOL NORMON EFG 100 MG 100 COMPRIMIDOS	1c24
OMEPRAZOL STADA EFG 20 MG 28 CAPSULAS	1c24
GEMFIBROZILLO STADA EFG 900 MG 30 COMPRIMIDOS	1c24

Variables i Programes Fulls d'Evolució

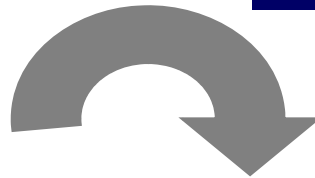
	Variable	Valor	Data Act	Data Pre	Prog.	Data Act	Data Pre
Pendent	Pes	77.20	30/05/01	20/05/03	Risc cardiovascular		
	Consum alcohol	25	01/06/06	21/05/08	Protocol Tabac		
	Colesterol	210	30/05/01	04/05/06			
Tot	Exercici físic	N	01/06/06	21/05/08			
	Tensió arterial	118/8	30/05/01	20/05/03			

- Mostrar els CC dels episodis donats d'alta
- Mostrar només CC amb categoria Metge/ssa
- Mostrar només CC amb categoria Infermer/a
- Mostrar només CC amb categoria Tècnic mig
- Mostrar només CC amb categoria Llevador/a
- Mostrar només CC amb categoria Assistent S.
- Mostrar només CC amb categoria Farmaceutic
- Mostrar només CC creats per mi
- Mostrar només CC creats de la meua especialitat
- Mostrar només CC marcats com a Importants



Base de datos única

Codificación de todos los
contactos con la organización



Morbilidad de la población atendida

Los Clinical Risk Group (CRGs) clasifica individuos en categorías clínicas y con la información de contactos con el sistema de salud asigna a cada persona un nivel de gravedad de manera que la población queda distribuida en grupos que incluyen problemas de salud similares y de gravedad comparable jerarquizados en

9 Estados de salud + niveles de gravedad = 46 ACRG3



CLINICAL RISK GROUPS CLASSIFICATION BAIX EMPORDÀ POPULATION (118.088 inhabitants)

HEALTH STATUS / LEVEL OF SEVERITY	0/1	2	3	4	5	6
HEALTHY	70,25%					
HISTORY OF SIGNIFICANT ACUTE DISEASE	5,73%					
SINGLE MINOR CHRONIC DISEASE	6,31%	0,55%				
MINOR CHRONIC DISEASE IN MULTIPLE ORGAN SYSTEMS	0,87%	0,19%	0,25%	0,03%		
SINGLE DOMINANT OR MODERATE CHRONIC DISEASE	7,28%	2,15%	0,44%	0,14%	0,12%	0,02%
SIGNIFICANT CHRONIC DISEASE IN MULTIPLE ORGAN SYSTEMS	2,49%	0,95%	0,54%	0,35%	0,16%	0,03%
DOMINANT CHRONIC DISEASE IN THREE OR MORE ORGAN SYSTEMS	0,10%	0,12%	0,14%	0,03%	0,02%	0,01%
DOMINANT, METASTATIC, AND COMPLICATED MALIGNANCIES	0,05%	0,22%	0,18%	0,08%	0,02%	
CATASTROPHIC CONDITIONS	0,024%	0,086%	0,035%	0,022%	0,012%	0,004%

Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, Gay JC.

Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management.

Med Care. 2004 Jan;42(1):81-90.



Gestión del medicamento en una OSI: ¿porqué es un elemento estratégico?

- **Perspectiva económica:**
 - gasto en medicamentos supone más del 30% del presupuesto del territorio
- **Perspectiva sanitaria:**
 - La integración clínica implica planteamientos comunes en el manejo farmacoterapéutico
- **Perspectiva estratégica:**
 - Facilita la integración clínica y económica del territorio
 - Puede suponer liberación de recursos a utilizar en otras líneas de integración



- **Estrategias organizativas**
 - Implicación de la dirección
 - **Servicio de farmacia transversal con responsabilidad en AP, AE y SS**
- **Estrategias operativas**
 - Análisis de la situación e identificación y priorización de problemas
 - **Establecimiento de objetivos comunes AE, AP, SS**
 - Gestión de la prescripción crónica desde los 3 ámbitos
 - Gestión de la MHDA de manera transversal
 - **Objetivos Catsalut (EFG, NT...)**
 - Desarrollo de una política de evaluación integrada
 - Creación de Comisión de farmacia y terapéutica integrada



- **Estrategias instrumentales**

- Selección conjunta de medicamentos
- Elaboración Guia farmacoterapéutica conjunta
- Programas de formación en farmacoterapia conjuntos
- Sistema de información y evaluación integrado
- **Programas de gestión del medicamento multidisciplinar:
Polimedicación**
- **Integración en programas de gestión de enfermedades**
- **Programas de coordinación con las oficinas de farmacia**
- **Información a los usuarios**

412.2 - C	
413.1 - M	BLO
413.2 - JU	CO
414.1 - ZA	
414.2 - DA	
415.1 - DA	IDA
415.2 - RI	
416.1 - RA	
416.2 - CO	
417.1 - FA	
417.2 - GA	
418.1 - M	
418.2 - LA	EFA
420.1 - AF	
420.2 - BU	
421.1 - LA	
421.2 - NI	
422.1 - M	
422.2 - ZU	
423.1 - CA	
423.2 - PE	ION
424.1 - FE	
424.2 - PU	CO
425.1 - BI	HAM

PNEUMONITIS PER ASPIRACIO D'ALIMENTS O VOMITS

Dades Ordre Medicació 2010004868

Data inici: 30/08/2010 13:56 Metge episodi: SESMA VALIÑA, JAVIER NEO: Centre: PAL
 Dt tanc.: 08/09/2010 00:00 Metge ult.rév.: 07/09/2010 17:40

Descripció
 FENTANIL TRANSDERMIC 25 MCG PEGAT 1 pegat/25 mcg c/24h (8h) cada 72h transdèrmica
 IMIPENEM + CILASTATINA 500/500 MG VIAL 1 vial/500 mg c/8h i.v.
 VANCOMICINA 500 MG VIAL 2 vial/1000 mg c/12h i.v.
 ACENOCUMAROL 4 MG COMP. 1 comp./4 mg c/24h (16h) v.o.
 BISOPROLOL 5 MG COMP. 0,5 comp./2,5 mg c/24h (8h) v.o.
 PREDNISONA 30 MG COMP. 0,5 comp./15 mg c/24h (8h) v.o.
 FUROSEMIDA 40 MG COMP. 1 comp./40 mg (08h - 16h - 23h) v.o. preses particularitzades (1-1-0)
 ESPIRONOLACTONA 25 MG COMP. 1 comp./25 mg c/24h (12h) v.o.
 RAMIPRIL 2.5 MG COMP. 1 comp./2,5 mg c/24h (8h) v.o.
 RANITIDINA 300 MG COMP. 1 comp./300 mg c/24h (20h) v.o.
 IPRATROPIO BROMURO 500 MCG/2 ML SOL. NEBU. 1 monodosi/500 mcg c/8h inh.
 SALBUTAMOL RESPIRADOR 0,5 % SOL. RESPIR. 0,5 ml/2,5 mg c/8h inh.
 TRAZODONA 100 MG COMP. 0,5 comp./50 mg c/24h (20h) v.o.
 ALPRAZOLAM 1 MG COMP. 1 comp./1 mg c/24h (23h) v.o.
 ALPRAZOLAM 0,50 MG COMP. 1 comp./0,5 mg c/12h v.o.
 FISIOLÓGIC 100 ML (VIAFLO) 1 u./100 ml c/8h i.v.
 FISIOLÓGIC 250 ML (VIDRE) 1 u./250 ml c/12h i.v.
 N. ENTERAL STANDARD (ISOSOURCE VAINILLA) 4 u./2000 ml c/24h (8h) v.o.

Estat: Validada temporalment H Revisat:

Resta de medicació activa

Medicament	Inici	T	Posologia	Tipus	Val	Fi aut
NED						
Receptes						
ALPRAZOLAM KERN PHARMA EFG 0.25 MG 30	18/05/10	E	1 COMPRIMIDOS CADA 12 HORES	Demanda	NO	18/05/11
LORAZEPAM NORMON EFG 1 MG 50	18/05/10	E	1 COMPRIMIDOS CADA 24 HORES = Orifidal	Demanda	NO	18/05/11
DIAZEPAM LEO 5 MG 100 COMPRIMIDOS	18/05/10	E	1 COMPRIMIDOS CADA 24 HORES	Demanda	NO	18/05/11
PREDNISONA ALONGA 10 MG 30	18/05/10	E	1 COMPRIMIDOS CADA 24 HORES	Demanda	NO	18/05/11

2010007653JH
LOPEZ MAR - MI

Processos Mèdics

26/09/2010 MPOC SEVERA

11/10/2010 Pacient amb BEG.
No refereix dispnea, ni molèsties.
Fa bé els inhaladors.
Descansa i dorm tota la nit, tot i q a les 6h refereix lleu cefalea.
Em comenta que fa 2dies que no realitza cap deposició, i que ell a casa pren uns sobres pq sovint pateix restrenyiment.
P/comentar a MG.
P/dilluns matí analítica de sang.
Té programat p demà matí: espirometria a les 15h, i p/confirmar visita amb Dra.Avilés a les 18:30h.

EDO (FAM)
HINOJOSA (URG) (I)

Descripció
SIMVASTATINA 20 MG COMP. 1 comp./20 mg c/24h (20h) v.o.
(si precisa) PARACETAMOL 1 G/100 ML VIAL 1 vial/1000 mg c/8h i.v.
LEVOFLOXACINO 500 MG VIAL 1 vial/500 mg c/24h (8h) i.v.
CARBAMAZEPINA 200 MG COMP. 1 comp./200 mg c/8h v.o.
PREGABALINA 75 MG CÀPS. 2 càps./150 mg c/24h (20h) v.o.
PREGABALINA 75 MG CÀPS. 1 càps./75 mg c/24h (8h) v.o.
ENOXAPARINA 40 MG/0.4 ML XER. PRECAR. 1 xer. precar./40 mg c/24h (20h) s.c.
METILPREDNISOLONA 20 MG AMP. 1 amp./20 mg c/8h i.v.
FUROSEMIDA 40 MG COMP. 1 comp./40 mg c/24h (8h) v.o.
ENALAPRIL 20 MG COMP. 0.5 comp./10 mg c/24h (8h) v.o.
OMEPRAZOL 20 MG CÀPS 1 càps./20 mg c/24h (8h) v.o.
TEOFILINA RETARD 175 MG COMP. 1 comp./175 mg c/12h v.o.

10/10/2010 Estable.
No disnea en repòs.
Acompanyat.
Sense incidències.

09/10/2010

Mostrar els CC dels episodis donats d'alta

Mostrar només CC amb categoria Metge/ssa

Mostrar només CC amb categoria Infermer/a

Mostrar només CC amb categoria Tècnic mig

Mostrar només CC amb categoria Llevador/a

Mostrar només CC amb categoria Assistent S.

Mostrar només CC amb categoria Farmacèutic

Mostrar només CC creats per mi

Mostrar només CC creats de la meua especialitat

Mostrar només CC marcats com a Importants

Curs Clínic

11/10/2010 10:09 CA

2010007653JH
LOPEZ MAR - MI

Processos Mèdics

26/09/2010 MPOC SEVERA

11/10/2010 Pacient amb BEG.
No refereix dispnea, ni molèsties.
Fa bé els inhaladors.
Descansa i dorm tota la nit, tot i q a les 6h refereix lleu cefalea.
Em comenta que fa 2dies que no realitza cap deposició, i que ell a casa pren uns sobres pq sovint pateix restrenyiment.
P/comentar a MG.
P/dilluns matí analítica de sang.
Té programat p demà matí: espirometria a les 15h, i p/confirmar visita amb Dra.Avilés a les 18:30h.

EDO (FAM)
HINOJOSA (URG) (I)

10/10/2010 Estable.
No disnea en repòs.
Acompanyat.
Sense incidències.

09/10/2010

Mostrar els CC dels episodis donats d'alta

Mostrar només CC amb categoria Metge/ssa

Mostrar només CC amb categoria Infermer/a

Mostrar només CC amb categoria Tècnic mig

Mostrar només CC amb categoria Llevador/a

Mostrar només CC amb categoria Assistent S.

Mostrar només CC amb categoria Farmacèutic

Mostrar només CC creats per mi

Mostrar només CC creats de la meua especialitat

Mostrar només CC marcats com a Importants

Receptes per Prescripció

Receptes dispensades

Recepta	Data	C.Producte	Producte	C.Diligència	Diligència
BCE096069996	11/6/10	754754	LYRICA 75MG 56 CAPSULAS DURAS		
BCE096081128	29/7/10	754754	LYRICA 75MG 56 CAPSULAS DURAS		
BCE114040015	17/9/10	754754	LYRICA 75MG 56 CAPSULAS DURAS		

Receptes pendents de dispensar

Recepta	Inici poss.dispensació	Fi poss.dispensació	C.Producte	Producte
BCE128009698	4/11/10	11/6/11	754754	LYRICA 75MG 56 CAPSULAS DURAS

Acceptar



Gestión de la medicación crónica desde los 3 ámbitos:

H y SS: visualización de la medicación crónica permite detectar posibles PRMs que se comunican a la farmacéutica de AP

AP: análisis perfil farmacoterapéutico de los pacientes, detección y corrección de posibles PRMs



Detección y corrección de duplicidades terapéuticas en la medicación crónica:

Análisis de los informes de alta para su adecuación a la guía conjunta:

2001: 205 altas13% duplicidades

2007: 135 altas 2,3% duplicidades

2009:

2010:

Benzodiazepinas ≥ 3 75 pac [3-6]..... 32 pac [màx 3]

Actualmente: 32.289 pacientes con medicación crónica de los cuales un 4,7% tiene alguna duplicidad



Gestión de la MHDA:

Dispensación desde el Hospital y desde los Centros de AP :

Facilitar la recogida de medicación por parte del paciente

Familiarización de los profesionales con la MHDA

Facilitar la comunicación con el médico de AP para evitar duplicidades, interacciones

Mejorar seguimiento adherencia (dispensación mensual)

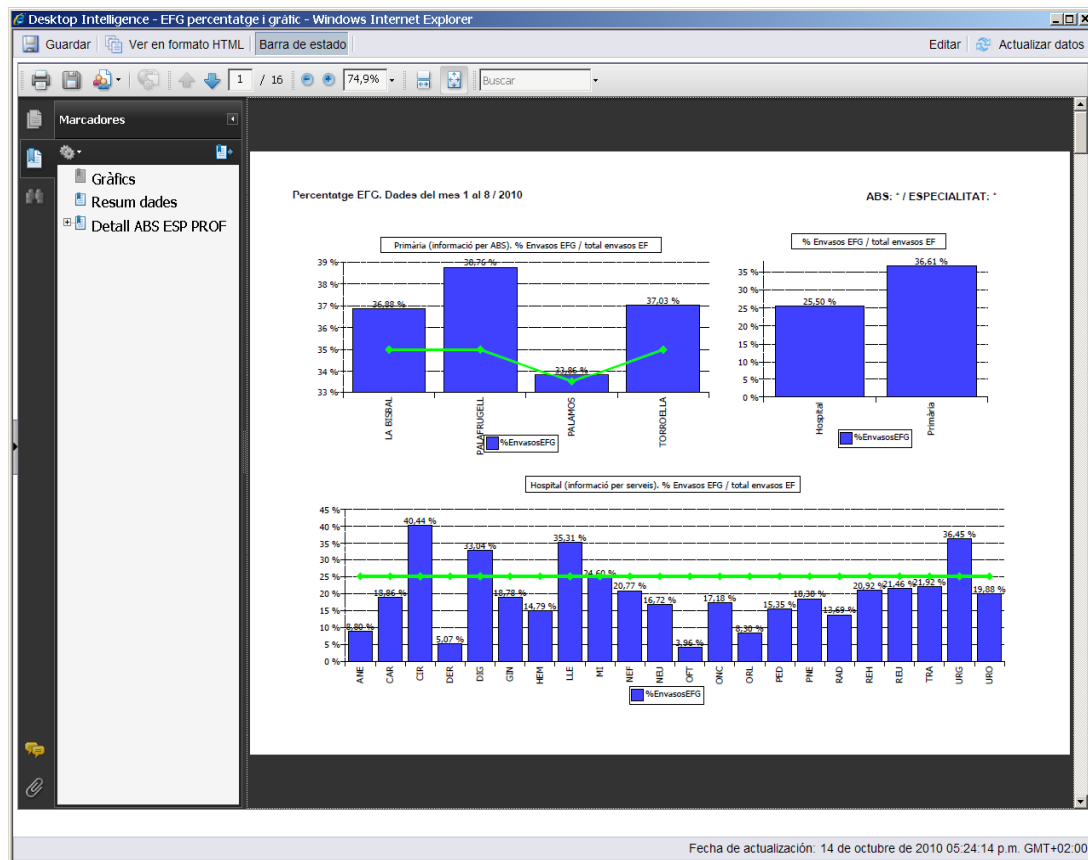
Gestión estocs más eficiente

**485 pacientes con MHDA, de los cuales un 67%
se puede dispensar desde AP.**

Se dispensa un 34,6 %



Objetivos Catsalut AP-H





Comisión de Polimedicación

Base coordinación: Adaptación mútua

Grupo multidisciplinar

- 2 médicos AP
- 2 farmacéuticos (AP y SS)
- 1 especialista en med. interna
- 1 especialista en geriatría

Objetivos

- Guia polimedicación
- Información a pacientes





SS: Revisión pacientes polimedicados según Guía

Indicador: % medicamentos no indicados (criterios Beer's):

2,82% (marzo 10)

1,61% (octubre 10)

AP: Revisión conjunta FAP y médico (2010)

Pacientes revisados: 462 (≥ 12 prescripciones)

Resultados preliminares de 112 pacientes:

Intervenciones propuestas 250; intervenciones aceptadas 166
(71,4%)

Media prescripciones:

Pre-intervención: 15,2

Post-intervención : 13,5



Seguimiento multidisciplinar del paciente con dolor crónico

Base de coordinación: Normalización de habilidades

Instrumento de coordinación: Sistema de experto (sesiones clínicas y discusión de casos)

Tres sesiones en cada una de las ABS:

Consensuar circuitos de comunicación AP-Clínica Dolor: Protocolo de derivación de pacientes

Analizar la adecuación del tratamiento con opiáceos y adyuvantes

Protocolizar el seguimiento farmacológico de estos paciente en AP



Análisis adecuación del tratamiento con opiáceos y adyuvantes:

1.423 prescripciones de opiáceos y adyuvantes que corresponden a 1.109 pacientes (70,5% CRG corresponde a enfermedades crónicas)

- **903 prescripciones de opiáceos** (fentanilo transdérmico representa el 70%). Un 9,3% pacientes con una duración superior a 3 años
- **1003 prescripciones de pregabalina o gabapentina:** 65% registrado en un proceso médico que no corresponde a una indicación autorizada



DECÀLEG DEL PACIENT POLIMEDICAT



1 POLIMEDICACIÓ és la utilització de múltiples medicaments (prescrits o no) per un mateix pacient.

Pacient polimedicat és aquell que consumeix 5 o més medicaments simultàniament.

2 El consum de molts medicaments, és una constant de les PERSONES GRANS.

- Tendència a patir malalties cròniques
- Ús de medicaments per múltiples malalties o a prop de l'avisament
- Tendència a l'automedicació
- Intervenció de múltiples metges

3 A MÉS medicaments, MENYS probabilitat de prendre'ls bé.

Hi:
Té dubtes al prendre's els medicaments,
O pren més de 8 medicaments...
Pregunti a l'infermera o farmacèutic del seu centre de salut

4 A MÉS medicaments, MÉS risc d'efectes adversos i interaccions.

• La possibilitat de patir reaccions adverses és 2-3 vegades superior en gent gran que es l'adult i poten ser curats d'ingressos hospitalaris.



5 És important informar al metge de tots els medicaments o remeis naturals que es prenen o s'han pres.

• L'automedicació sense control mèdic o farmacèutic comporta una sèrie de riscos per a la salut.

6 És important que es conegui malalta i com funcionen els medicaments que s'han de prendre.

- Quins medicaments he de prendre?
- Per a què els he de prendre?
- Quan els he de prendre?
- Com els he de prendre?
- Durant quant de temps els he de prendre?

7 Després d'ajut que el metge regeix el millor nombre de farmacs possible.

El metge revisarà periòdicament la medicació per prevenir, detectar o corregir problemes relacionats amb els medicaments.



8 És fonamental prioritzar QUAL i no quantitat.

El metge considerarà, si existeixen, alternatives no farmacològiques, Revisarà l'eficàcia i problemes del tractament, Abans d'introduir un fàrmac nou, valorarà poder retirar-ne d'altres, Optimitzarà les prescripcions per un bon efecte.

9 La polimedicació afavoreix l'INCOMPLIMENT TERAPEÚTIC.

Per millorar el compliment:
Pot sol·licitar un calendarí personalitzat de la medicació a la seva infermera.
Pot utilitzar sistemes que li ajudin a recordar de prendre els medicaments (alarms, deixar-los en llocs visibles, etc.).

10 Una farmàcia NO és un magatzem de medicaments.

No demaneu més medicaments que els estrictament necessaris per a la cura de la vostra salut.

Retorneu els receptes de la farmàcia a mesura que les necessiteu.



RECOMANACIONS PER A UNA MESURA CORRECTA DE LA PRESSIÓ ARTERIAL

- Reposi durant cinc minuts abans de la mesura.
- Des de mitja hora abans: no fumi, no begui alcohol, no faci exercici físic, i no mengi abundantment.
- No prengui res que influeixi sobre la pressió arterial.
Redueixi l'ansietat per les proves diagnòstiques.
- Millor tingui la bufeta buida.
- Procuri fer la mesura abans de prendre la medicació, no quan ja se l'hagi presa.
- No parli durant la mesura.
- Asseguï's còmodament, amb l'esquena recolzada i amb el braç estès sobre una taula a l'alçada del cor. Procuri que la roba no li apreti el braç.

Prengui sempre els medicaments per a la seva hipertensió. Recordi que la medicació és molt més eficaç si va acompanyada d'una dieta equilibrada i d'exercici físic. Segueixi sempre les recomanacions del seu metge, infermera o farmacèutic.

amb la col·laboració d' **OMRON**

HTA PROGRAMA DE DETECCIÓ I CONTROL DE LA PRESSIÓ ARTERIAL

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

COL·LEGI DE FARMACÈUTICS DE GIRONA



¿Qué cambia en la gestión del medicamento con la integración?

La perspectiva de análisis. **Ha de ser global.**

La perspectiva en la aplicación de mecanismos de coordinación: **Se han de aplicar al conjunto de la organización**

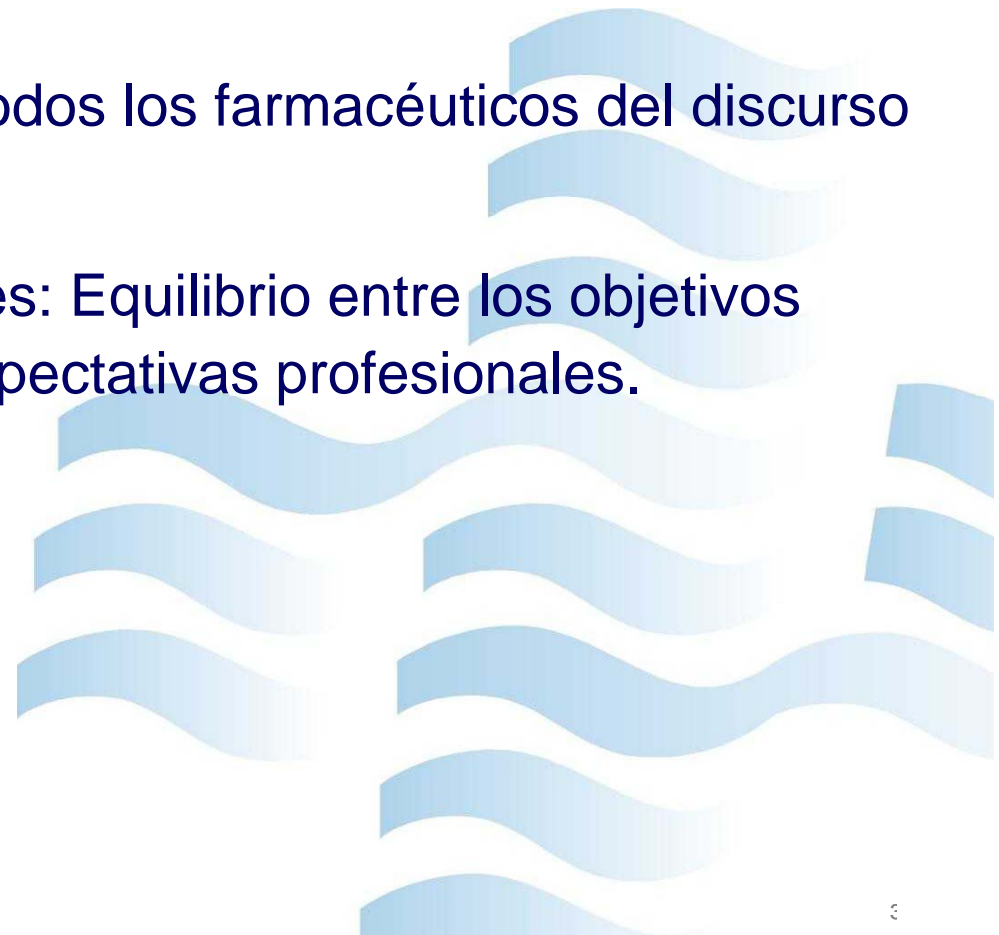
La perspectiva en el análisis de resultados: **Evaluación conjunta.**



Retos para el Servicio de Farmacia del Hospital:

Interiorización por parte de todos los farmacéuticos del discurso integrador.

Priorización de las actividades: Equilibrio entre los objetivos propios e integrados y las expectativas profesionales.





Retos para un servicio de farmacia integrado:

¿Puede existir una política de medicamentos común?

¿Se pueden fijar objetivos comunes centrados en el paciente?

¿Sobre quién y sobre qué actuamos? ¿Desde dónde?

¿Quién asume la responsabilidad transversal e integrada del medicamento?

¿Cómo coordinamos la gestión episódica del medicamento con la gestión transversal que supone el seguimiento farmacoterapéutico?

¿Cómo podemos integrar otros agentes importantes en el continuo asistencial como son las oficinas de farmacia y los propios pacientes?



- El modelo integrado parece la forma más lógica de gestionar la enfermedad en todas sus fases (preventiva, curativa y rehabilitadora).
- La gestión integrada supone un cambio cultural además de cambios organizativos y operativos (los instrumentos ayudan pero no hacen cambiar).
- La integración clínica (también del medicamento) debe basarse en una política común centrada en el paciente y en una asignación de responsabilidades individuales y compartidas.
- La integración de la atención farmacéutica supone los mismos esfuerzos y las mismas cesiones individuales a una finalidad conjunta que la que se debe establecer entre los servicios médicos en un entorno integrado.



Gracias

fcamos@ssibe.cat



**Serveis de Salut Integrats
Baix Empordà**

