

# ATENCIÓN FARMACÉUTICA DOMICILIARIA. UNA EXPERIENCIA PILOTO

## AUTORES

Carmen Bernárdez-Zerpa Díaz<sup>1</sup>  
Bettina Berenguer Froehner<sup>2</sup>  
M<sup>a</sup> José Martín Calero<sup>2</sup>

1. Farmacéutica comunitaria en Sevilla.
2. Grupo de Investigación en Farmacoterapia y Atención Farmacéutica, CTS-528, Universidad de Sevilla.

Un resumen del presente estudio se presentó en el VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, celebrado en Sevilla en octubre de 2009.

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (29/2006) cita las bases para que el farmacéutico potencie su ejercicio profesional centrado en los pacientes. Algunos no pueden acudir a la farmacia y, a petición de sus cuidadores, se establece una relación directa paciente-farmacéutico-cuidador en el domicilio.

### OBJETIVO

Realizar un pilotaje para valorar las posibilidades de la atención farmacéutica domiciliaria (AFD), sus beneficios y dificultades en el contexto actual.

### MÉTODO

Se realizó un estudio sociológico, descriptivo y prospectivo a dos pacientes pluripatológicos y con deterioro cognitivo, desplazándose el farmacéutico a los respectivos domicilios en visitas programadas durante enero 2006 - abril 2007. Los datos se registraron en un cuestionario semiestructurado y consensado por expertos en atención farmacéutica.

### RESULTADOS

La revisión de la medicación puso de manifiesto que los medicamentos más utilizados pertenecían a los grupos N02, N05 y N06 (SNC), laxantes y diuréticos. Los motivos de consulta mayoritarios fueron solicitud de consejo y de indicación farmacéutica (25,60% y 33,80%, respectivamente). Las intervenciones mayoritarias fueron consejo e indicación (23,90%), seguimiento farmacoterapéutico (20,40%) y educación sanitaria (14,95%). Durante el

Continúa ➔

## INTRODUCCIÓN

El aumento de esperanza de vida va asociado al envejecimiento de la población, por lo que el número de personas con enfermedades crónicas, con impedimentos físicos o psíquicos que reciben polimedación tiende a aumentar<sup>1</sup>. En las administraciones sanitarias, entre ellas el Sistema Andaluz de Salud (SAS), está contemplada y protocolizada la asistencia domiciliaria a pacientes pluripatológicos no ingresados en centros asistenciales, que viven en sus casas y, debido a su grado de discapacidad, no pueden desplazarse. También se designan los profesionales que deben llevarla a cabo: enfermeros, médicos de familia, médicos internistas y otro personal sanitario, pero, para este servicio, no se contempla la figura del farmacéutico<sup>2</sup>.

Sin embargo, la necesidad de una continuidad en la atención integral al paciente en todos los estadios de su enfermedad, sea o no dependiente, está ampliamente avalada por numerosas recomendaciones y esto incluye la asistencia farmacéutica. En este sentido, es especialmente relevante la Resolución del Consejo de Europa (ResAP, 2001)<sup>3</sup> relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. Entre otras cosas, señala que el farmacéutico comunitario es el profesional de la salud más fácilmente accesible para el paciente y aconseja a los respectivos países miembros que regulen el papel que debe desempeñar en el desarrollo de la atención farmacéutica (AF), incluida la atención a la población dependiente. Algunos autores establecen claramente la necesidad de una mayor comunicación y colaboración entre todos los profesionales de la salud directamente implicados en la asistencia a los pacientes, incluyendo a los farmacéuticos<sup>4</sup>.

La AF se va implantando progresivamente en las farmacias comunitarias y es esencial que se establezca una relación terapéutica farmacéutico-paciente.

Una vez que se le ha ofrecido al paciente y éste lo ha aceptado, se espera que sea un servicio continuado independientemente del lugar donde se realice<sup>5-7</sup>.

En España, el concepto de atención farmacéutica domiciliaria (AFD) es relativamente reciente y constituye un nuevo reto para la profesión. La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (29/2006)<sup>8</sup> cita las bases para que el farmacéutico potencie su ejercicio profesional centrado en los pacientes que, por diferentes causas, no pueden acudir a la oficina de farmacia a retirar sus medicamentos, por lo que sólo podrán recibir atención farmacéutica en sus domicilios.

Este concepto no es inédito en países como Australia y Reino Unido, que han implantado en su Sistema Nacional de Salud servicios asistenciales proporcionados por el farmacéutico<sup>9-12</sup>. En Canadá, USA<sup>13,14</sup> y España<sup>15</sup>, entre otros países, se han desarrollado trabajos sobre la eficacia y necesidad de la AFD en los que el farmacéutico forma parte del equipo interdisciplinario que procura mejorar el uso de los medicamentos en ancianos. Estos trabajos demuestran los beneficios que se derivan de este tipo de actuaciones.

En el año 2006, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia publicó el *Documento Marco de Atención Farmacéutica Domiciliaria* en el que se justifica su implantación y se desarrolla la metodología a seguir<sup>16</sup>. En el catálogo de servicios al paciente, propone la revisión del botiquín, la promoción de la salud a través de la educación sanitaria y realizar seguimiento de la farmacoterapia (SFT) para evitar problemas derivados de su uso y contribuir a optimizar sus efectos. Con este programa, cuyo pilotaje se propuso en 2007, se pretende garantizar la accesibilidad de determinados servicios de la farmacia a los pacientes dependientes o con medicación compleja y se recomienda la estrecha colaboración con otros profesionales sanitarios.

La AFD resultaría especialmente útil en personas con incapacidad física o cog-

seguimiento farmacoterapéutico se detectaron veinticinco problemas relacionados con la medicación de los pacientes, de los que se resolvieron veintiuno (84%). Preferentemente fueron de necesidad (56%) y se solucionaron través de prescripciones inducidas por el farmacéutico, especialmente de material ortopédico que benefició a los pacientes.

#### CONCLUSIONES

Las ventajas experimentadas sugieren que si el farmacéutico estuviera incluido en los equipos de asistencia domiciliaria, se conseguiría más calidad asistencial y se abrirían nuevos campos para el desarrollo profesional.

#### PALABRAS CLAVE

##### PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Atención farmacéutica domiciliaria, farmacia comunitaria, pacientes pluripatológicos, pacientes discapacitados, cuidadores.

##### PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Domiciliary Pharmaceutical Care, community pharmacy, pluripathological patients, disabled patients, caregivers.

#### ABREVIATURAS

AF: atención farmacéutica.  
AFD: atención farmacéutica en entorno domiciliario.  
AFND: atención farmacéutica fuera del entorno domiciliario.  
ATC: clasificación anatómica, terapéutica y química de medicamentos.  
ASA: asesoramiento sanitario-administrativo.  
BOE: Boletín Oficial del Estado.  
C: consejo.  
CI: consejo e indicación.  
CM: cambio de medicamento demandado.  
C/O: consejo u orientación.  
DD: demanda de dispensación.  
DE: derivación al enfermero.  
DM: derivación al médico.  
ES: educación sanitaria.  
IF: indicación farmacéutica.  
N02: analgésicos.  
N05: psiclépticos.  
N06: psicoanalépticos.  
PRM: problema relacionado con el medicamento.  
SAS: servicio andaluz de salud.  
SFT: seguimiento farmacoterapéutico.  
SNC: sistema nervioso central.

Fecha de recepción: 9/2/2011  
Fecha de aceptación: 28/5/2011

nitiva y en pacientes mayores dependientes, polimedicados y susceptibles de tener problemas relacionados con la farmacoterapia que reciben. Aún conociendo sus posibles ventajas, su implantación es difícil al no estar contemplada esta figura asistencial farmacéutica. De otro lado, desde algunos colectivos profesionales, las reacciones a este tipo de iniciativas no han sido muy favorables y han suscitado cierta polémica.

Por ello, al plantearnos este trabajo, el objetivo fundamental fue iniciar un pilotaje para valorar las posibilidades de la AF en el ámbito domiciliario, sus posibles beneficios y las dificultades que implica en el contexto actual. Con este fin, nos propusimos analizar los motivos por los que los pacientes o sus cuidadores deseaban que se les incluyera en este servicio, establecer una relación farmacéutico-cuidador-paciente, registrar sus patologías y los tratamientos prescritos, y valorar las intervenciones del farmacéutico.

## MATERIAL MATERIAL Y MÉTODOS

#### TIPO DE ESTUDIO

Estudio piloto sociológico, descriptivo y prospectivo.

#### ÁMBITO Y DURACIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó en Sevilla capital, en los domicilios de los pacientes situados uno en el centro histórico y otro en un barrio residencial. El seguimiento tuvo lugar durante dieciséis meses (enero 2006-abril 2007), con visitas programadas o marcadas por la necesidad del paciente, según evaluación del farmacéutico y previa demanda del cuidador o informe del médico.

#### MUESTRA

Debido a que el servicio se prestaba fuera del horario de trabajo (mediodía y última hora de la tarde), se incluyeron sólo dos pacientes pluripatológicos, mayores de 65 años, polimedicados, dependientes, con deterioro cognitivo, con cuidador y que residían en sus respectivos domicilios particulares. Los cuidadores eran familiares y empleados sin conocimientos sanitarios y formaban el único enlace entre las prestaciones que ofrece la Sanidad y las necesidades sanitarias de los pacientes. Ambos pacientes padecían enfermedades desde hace más de ocho años, no estu-

vieron hospitalizados ni ingresados en centros para mayores. La asistencia médica se realizaba por un médico del SAS desde el centro de salud y en ambos casos, además, por un médico particular que asistía a domicilio cuando era demandado. La atención por personal sanitario de enfermería se realizaba cuando el médico lo prescribía a demanda del cuidador o tras la derivación por el farmacéutico.

#### DISEÑO DEL ESTUDIO

La iniciativa surgió por la petición expresa de los cuidadores que manifestaron la necesidad de AF, en uno de los casos en estrecha colaboración con el médico. El farmacéutico explicó y ofreció el servicio, describiendo de manera concisa en qué consiste el SFT, que debía ser voluntariamente aceptado siempre con las premisas de confidencialidad y protección de datos.

Para recabar la información, se elaboró un cuestionario semiestructurado (Figura 1) y consensado por profesionales expertos en AF en el que se registraban los datos basados en las siguientes variables: características sociodemográficas de los pacientes, patologías que presentaban, tratamientos, motivos de consulta y tipos de actuación farmacéutica. En este registro y, por la situación especial de estos pacientes, se realizaron además una serie de intervenciones encaminadas a aclarar determinados problemas asistenciales a petición del médico o del cuidador. Es decir, se incluyó el asesoramiento sanitario/administrativo prestado. También se obtuvo información de las historias clínicas de los pacientes facilitadas por el cuidador.

El proceso se inició mediante una entrevista con el cuidador para recabar los datos demográficos y clínicos del paciente y se planificaron las intervenciones de acuerdo con él. La primera visita servía para conocer y observar al paciente, su entorno, el manejo de la farmacoterapia por el cuidador, se revisaba los datos clínicos, los tratamientos farmacológicos y también el botiquín a fin de detectar medicamentos en desuso y/o caducados. Durante todo el proceso se realizaron visitas programadas a domicilio (una semanal). Además, el mismo farmacéutico atendía a los cuidadores en la farmacia cuando iban a retirar la medicación y también contestaba sus consultas telefónicas.

FIGURA 1 HOJA DE REGISTRO DE DATOS

## HOJA DE REGISTRO DE DATOS

FECHA:

1. DATOS DEL PACIENTE.

Nº Registro:

Tel/móvil:

SEXO	EDAD (AÑOS)	PERSONA QUE RECOGE EL MEDICAMENTO	SITUACIÓN FAMILIAR	NIVEL ESTUDIOS DEL PACIENTE (A) CUIDADOR (B)												
<input type="checkbox"/> HOMBRE  <input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> Menor de 14 <input type="checkbox"/> 14 - 45 <input type="checkbox"/> 46 - 65 <input type="checkbox"/> Mayor de 65	<input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> CUIDADOR <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> CON PAREJA <input type="checkbox"/> PAREJA CON HIJOS <input type="checkbox"/> CON HIJOS <input type="checkbox"/> CUIDADOR	<table border="0"> <tr> <td>A</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ED PRIMARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ED SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F. PROFESIONAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OTROS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	A	B	<input type="checkbox"/> ED PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ED SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F. PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/>
A	B															
<input type="checkbox"/> ED PRIMARIA	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> ED SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> F. PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/>															

2. MOTIVOS DE CONSULTA.

Demanda de medicamento con receta (MCR).  
 Demanda de medicamento concreto sin receta (MSR).  
 Solicitud de indicación farmacéutica (IF).  
 Consejo u orientación (C/O).  
 Otros:

3. DIAGNÓSTICO MÉDICO Y SÍNTOMAS REFERIDOS POR EL PACIENTE/ CUIDADOR.

PATOLOGÍA/SÍNTOMA	DESDE	CONTROLADA	
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

4. DATOS DEL MEDICAMENTO, PRODUCTOS SANITARIOS, PRODUCTOS DIETOTERAPÉUTICOS U OTROS UTILIZADOS.

INDICACIÓN	PRINCIPIO ACTIVO	ESPECIALIDAD/ PRODUCTO	PRESCRIPCIÓN MEDICA	POSOLÓGIA Y PAUTA	INICIO	FIN	CONOCE/ CUMPLE
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

## 5. TIPOS DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA.

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (SFT)			DISPENSACIÓN
PRM DETECTADOS	TIPOS DE COMUNICACIÓN	TIPOS DE INTERVENCIÓN	
NECESIDAD	FARMACÉUTICO / PACIENTE-CUIDADOR / MÉDICO	VERBAL	Consejo (C).
		ESCRITA	Dispensación a demanda (DD).
	FARMACÉUTICO / PACIENTE-CUIDADOR / ENFERMERO	VERBAL	Consejos e indicación (CI).
		ESCRITA	
EFECTIVIDAD	FARMACÉUTICO / PACIENTE-CUIDADOR / MÉDICO	VERBAL	Derivación al médico (DM).
		ESCRITA	
	FARMACÉUTICO / PACIENTE-CUIDADOR / ENFERMERO	VERBAL	Educación sanitaria (ES).
		ESCRITA	
SEGURIDAD	FARMACÉUTICO / PACIENTE-CUIDADOR / MÉDICO	VERBAL	Educación sanitaria (ES).
		ESCRITA	
	FARMACÉUTICO / PACIENTE-CUIDADOR / ENFERMERO	VERBAL	Asistencia sanitario-administrativa (ASA).
		ESCRITA	

### METODOLOGÍA

El SFT se realizó siguiendo la metodología Dáder<sup>17</sup> para conseguir el máximo beneficio de la medicación prescrita. El proceso de dispensación informada a estos pacientes (a sus cuidadores) se llevó a cabo según se propone en el Consenso de Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>18</sup>.

### TRATAMIENTO DE RESULTADOS

Los datos de cada protocolo practicado se volcaron en una hoja de cálculo excel para obtener el número total y la frecuencia (porcentajes) de los parámetros analizados.

## RESULTADOS

### RESULTADOS

### PERFIL DE LAS PACIENTES Y TRATAMIENTOS

En ambos casos eran mujeres mayores de 65 años, que diferían en el índice de masa corporal (IMC), ya que una de ellas era muy delgada (IMC de 16 a 17) y la otra presentaba sobrepeso (IMC de 25 a 30). Una de las pacientes era alérgica a ciprofloxacino. El nivel de estudios de los cuidadores era primario en un caso y sin estudios en otro, pero ambas pacientes convivían con hijas que tenían nivel universitario.

Eran pacientes pluripatológicas diagnosticadas, polimedizadas por prescripcio-

nes de más de un facultativo y, en más de una ocasión, inducidas por la farmacéutica que realiza la asistencia domiciliaria. En las Tablas 1 a 3, se describen los tratamientos de las pacientes, la posología y duración, así como la medicación al inicio y al final del periodo de seguimiento. En ellas también se indican los medicamentos prescritos tras la intervención farmacéutica y aquellos cuyas dosis fueron modificadas.

En la Tabla 4, se refleja todo el material de ortopedia y cura, productos antiescaras y de higiene, así como dietoterápicos que fueron incluidos en los tratamientos de las pacientes por médicos o enfermeros, tras la información de la farmacéutica comunitaria o bien directamente por indicación farmacéutica.

### MOTIVOS DE CONSULTA

En la Tabla 5, se recogen las demandas de consulta recibidas por el farmacéutico, bien cuando acudía al domicilio de las pacientes (atención farmacéutica realizada en el entorno domiciliario, AFD) o cuando realizaba su intervención en la farmacia o por teléfono (atención farmacéutica no domiciliaria, AFND). En total, se han contabilizado 542 motivos de consulta, siendo mayoritarios en el entorno domiciliario (AFD) la solicitud de indicación farmacéutica (IF) y consejo u orientación (C/O): 47,55%, y 37,45% de los casos, respectivamente.

Fuera del entorno domiciliario, es decir, cuando el familiar y/o cuidador acuden a la farmacia (AFND), lógicamente, el servicio más demandado es el de dispensación de medicamentos con o sin receta (MCR o MSR) (27,00% y 28,60%, respectivamente), seguido de IF (23,80%).

### TIPOS DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA.

El seguimiento farmacoterapéutico (SFT, número de registros realizados), la educación sanitaria (ES), así como consejo e indicación (CI), (26,50%, 20,80% 18,15%, respectivamente), fueron las intervenciones más destacadas en los domicilios de las pacientes (AFD); mientras que CI y la demanda de dispensación (DD) fueron los mayoritarios fuera de los domicilios (31,65% y 18,90%, respectivamente) (Tabla 6).

Estas pacientes se derivaron en algunas ocasiones a otros profesionales sanitarios: 51 veces al médico y dieciocho veces al enfermero.

Durante el seguimiento, se detectaron un total de veinticinco problemas relacionados con la medicación (PRM), que mayoritariamente fueron de necesidad (56%), un 36% de efectividad y el 8% restante de seguridad (Tabla 7). Se resolvieron el 84%. La asistencia farmacéutica incluyó la revisión, *in situ* y a fondo, del botiquín de las pacientes, adecuándolo periódicamente a sus necesidades e incorpo-

**TABLA 1 PSICOFÁRMACOS UTILIZADOS. GRUPO TERAPÉUTICO, PRINCIPIO ACTIVO, FORMA FARMACÉUTICA Y DOSIS, POSOLOGÍA, DURACIÓN DEL TRATAMIENTO, OBSERVACIONES, USADOS AL INICIO Y/O FINAL DEL ESTUDIO**

Grupo terapéutico	Principio activo, forma farmacéutica y dosis	Posología	Duración del tratamiento	Observaciones	Uso al inicio y/o final del estudio
N05AD Antipsicóticos	Haloperidol* gotas, 2 mg/mL	1-15 mg/día Mantenimiento	Crónico	Posología variable a criterio del cuidador en rango prescrito de mantenimiento. Detección PRM efectividad.	Inicio ■ Fin
N05CD Hipnóticos y sedantes	Triazolam comprimidos de 125 mcg	75-250 mg/8 h	Crónico	Posología variable a criterio facultativo. Detección PRM efectividad.	■ Inicio ■ Fin
N05CD Hipnóticos y sedantes	Lormetazepam 1 mg comprimidos	1 mg/24 h	Crónico	Posología variable a criterio facultativo. Detección PRM efectividad.	■ Inicio ■ Fin
N05BA Ansiolíticos	Lorazepam 1 mg comprimidos	1 mg/24 h	Crónico	Posología variable a criterio facultativo. Detección PRM efectividad.	■ Inicio ■ Fin
N06AB Antidepresivos	Paroxetina 20 mg comprimidos	20 mg/día	Intermitente	Sólo en episodios depresivos.	■ Inicio ■ Fin
N02AB Opioides	Fentanilo transdérmico	4,2 y 8,4 mg/ parche/72h	Crónico	Posología no variable.	Inicio ■ Fin

\*Sujetos a indicación farmacéutica por reconducción de prescripciones condicionadas.

PRM: problemas relacionados con los medicamentos.

**TABLA 2 OTROS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS. GRUPO TERAPÉUTICO, PRINCIPIO ACTIVO, FORMA FARMACÉUTICA Y DOSIS, POSOLOGÍA, DURACIÓN DEL TRATAMIENTO, OBSERVACIONES, USADOS AL INICIO Y/O FINAL DEL ESTUDIO**

Grupo terapéutico	Principio activo, forma farmacéutica y dosis	Posología	Duración del tratamiento	Observaciones	Uso al inicio y/o final del estudio
N02BE Analgésicos y antipiréticos	Paracetamol*,** 500, 650 mg y 1g comprimidos	1 comp/6-8 h	Crónico	A demanda. Detección PRM efectividad.	Inicio ■ Fin
N02BB Analgésicos y antipiréticos	Metamizol**,** 575 mg cápsulas*	575 mg/día	Intermitente	A demanda. Detección PRM necesidad.	■ Inicio ■ Fin
A02BA Antiulcerosos	Ranitidina* 150 mg comprimidos	150 mg/24 h	Crónico	Prescrito tras derivación al médico. Detección PRM necesidad. Adecuación de dosis.	Inicio ■ Fin
A06AC Laxantes	Sodio-fosfato monobásico** 8 y 16 mg/100 ml	1 aplicación/ 72-84 h	Crónico	Detección PRM necesidad.	■ Inicio ■ Fin
A06AC Laxantes	Plantago ovata* 3,5 mg/sobre	1 sobre/12 h	Crónico	Detección PRM efectividad.	■ Inicio ■ Fin
C03CA Diuréticos	Hidroclorotiazida 50 mg/amilorida** 5 mg comprimidos	1 comp/48 h	Crónico	Control tensión. Detección PRM efectividad.	■ Inicio ■ Fin
B01AC Antiagregante plaquetario	Ácido acetil salicílico* 100 mg comprimidos	1 comp/día	Crónico		Inicio ■ Fin
R05CB Mucolítico	Acetilcisteína* 200 mg sobres	1 sobre/8 h	Intermitente	A demanda.	Inicio ■ Fin
R05FB Combinaciones de otros antitusivos y expectorantes	T. vulgaris 200 mg/ D. rotundifolia* 200 mg supositorios	1 supositorio/ 8, 12 h	Intermitente	A demanda. Detección PRM necesidad.	Inicio ■ Fin
B02BX Hemostáticos sistémicos	Menadiona 0,5 mg/ Ác. aminocaprónico 1g/ Sulfato creatin 0,25 mg/Hesperidina 0,25/ Esculina* 0,25 mg	30-40 ml/ 6-8 h mantenimiento 20 ml/12 h	Intermitente	Informe al médico por petición expresa para correcta dosificación.	Inicio ■ Fin
B02AA Antifibrinolítico	Ác. Tranexámico** 500 mg ampollas	500-1000 mg/4-6 h mantenimiento	Intermitente	Instaurado tras informe y DM Detección PRM seguridad.	Inicio ■ Fin

\* Sujetos a indicación farmacéutica directa o por reconducción de prescripciones condicionadas.

\*\* Posología sujeta a control y comunicación de informes al médico.

PRM: problemas relacionados con los medicamentos.

DM: derivación al médico.

**TABLA 3** TRATAMIENTOS TÓPICOS Y OFTÁLMICOS. GRUPO TERAPÉUTICO, PRINCIPIO ACTIVO Y FORMA FARMACÉUTICA, POSOLOGÍA, TIPO DE TRATAMIENTO, OBSERVACIONES.

Grupo terapéutico	Principio activo, forma farmacéutica y dosis	Posología	Duración del tratamiento	Observaciones	Uso al inicio y/o final del estudio
C05AA Antihemorroidales	Hidrocortisona 10 mg/g pomada rectal	1 aplicación/ 8h	Intermitente	Crisis hemorroides	Inicio ■ Fin
D03AX Cicatrizantes	Centella asiática 10 mg, Neomicina 3,5 mg, pomada	1 aplicación/ 8h	Intermitente	Ulcera presión, (detección) PRM necesidad	Inicio ■ Fin
C05BA Antivaricoso	Ác. Pentosanopolisulfúrico, 1 mg/g, pomada*	1 aplicación/ 8h	Intermitente	Ulcera presión (detección) PRM necesidad	Inicio ■ Fin
D08AG Antisépticos	Povidona yodada, gel y líquido*	1 aplicación/ 8h	Intermitente	Ulcera presión (detección) PRM efectividad	■ Inicio ■ Fin
B05XA Solución electrolito	Cloruro sódico 9% (Suero esteril)*	1 aplicación/ 8h	Crónico	Ulcera presión (detección) PRM necesidad, seguridad	Inicio ■ Fin
D02AB Emolientes y Protectores	Vitamina AD pomada*	Después del aseo y cambio pañal	Crónico	Irritación por pañal y zonas de roce (detección) PRM necesidad	Inicio ■ Fin
D01AC Antifúngicos	Clotrimazol 10 mg/g pomada	1 aplicación/ 8h	Intermitente	Micosis vaginal recurrente	Inicio ■ Fin
S01CAA Oftalmológicos antiinfecciosos	Tobramicina 3 mg/g pomada oftálmica	1 aplicación/ 8h	Intermitente		Inicio ■ Fin
S01CAA Oftalmológicos antiinfecciosos	Neomicina 3,5 mg/Prednisona 3 mg/g	1 aplicación/ 8h	Intermitente		Inicio ■ Fin

\*sujetos a indicación farmacéutica, directa o por reconducción de prescripciones condicionadas.

PRM: problemas relacionados con los medicamentos;

rando medicamentos y material sanitario a propuestas de la farmacéutica comunitaria.

## DISCUSIÓN

La atención domiciliaria a personas discapacitadas que no pueden acceder a los centros sanitarios es un servicio desarrollado por las administraciones sanitarias de la mayor parte de los países y realizado por un equipo multidisciplinar que incluye distintos profesionales sanitarios. Sin embargo, la presencia del farmacéutico en este equipo es aún bastante insuficiente. Es más, en los pocos países en los que se ha incluido, como en el Reino Unido, las actividades atribuidas a los farmacéuticos son variadas y, si bien tienen una serie de características comunes, difieren entre los distintos distritos sanitarios<sup>20</sup>. La revisión de la medicación para optimizar la efectividad de los tratamientos y disminuir la incidencia de reacciones adversas, aconsejar e informar al propio paciente y/o cuidador y mejorar la adhesión a los tratamientos es el objetivo destacado de la AFD<sup>16,21</sup>.

**TABLA 4** MATERIAL DE ORTOPEDIA Y CURA, PRODUCTOS ANTIESCARAS E HIGIENE Y DIETOTERAPIA UTILIZADOS A INDICACIÓN DEL FARMACÉUTICO

Material de ortopedia	Productos antiescaras	Higiene bucal y corporal	Dietoterapia	Material de cura
Pañal elástico anatómico	Mepentol leche y gel	Clorhexidina enjuague bucal	Dieta completa 125 ml/12 h	Gasa hidrófila estéril
Salvacamas	Mustela bálsamo	Mustela bálsamo y loción	Clinutren. Dieta normocalórica. 1,5 Kcal/mL 200 mL/día	Esparadrapo papel hipoalérgico
Colchón antiescaras (aire)	Vaselina filante	Espojas jabonosas	Jeringa alimentación	Algodón hidrófilo
Somier abatible	Corpitol aceite	Gel de baño OTC atopíc	Agua gelificada	Jeringa y aguja estéril
Baranda ajustable		Suero fisiológico estéril	Espesante	Pinza estéril desechable
Taloneras antiescaras			Batidos hiperproteicos	Guantes estériles
Salvacamas ajustable				Guantes no estériles

La experiencia desarrollada por nuestro grupo de trabajo, si bien se ha llevado a cabo en sólo dos pacientes, ha sido continuada durante dieciseis meses, resultando un gran número de intervenciones. Entre ellas, cabe resaltar que se ha revisado a fondo el botiquín, que se ha realizado el SFT de ambos pacientes y

que se han prescrito una serie de medicamentos y de material sanitario a propuestas del farmacéutico, además de interactuar con el médico y enfermero. El SFT ha sido la intervención más relevante, detectándose una serie de PRM. Precisamente, evaluar la necesidad de medicamentos y/o productos sanitarios

**TABLA 5 MOTIVOS DE CONSULTA (NÚMERO DE CASOS, N, Y PORCENTAJES)**

MOTIVO DE CONSULTA	MCR	MSR	IF	C/O	OTROS	TOTAL	
Total (T)	N	85	91	183	139	44	542
	(%)	15,70	16,80	33,80	25,60	8,10	100,00
Fuera del domicilio (farmacia)	N	85	90	75	54	11	315
	(%)	27,00	28,60	23,80	17,10	3,50	100,00
	(%) v.s. T	15,70	16,60	13,80	10,00	2,00	58,10
En el domicilio	N	0	1	108	85	33	227
	(%)	0,00	0,45	47,55	37,45	14,55	100,00
	(%) v.s. T	0,00	0,20	20,00	15,60	6,10	41,90

MCR: demanda de medicamentos con receta, MSR: demanda de medicamento sin receta, IF: solicitud de indicación farmacéutica, C/O: consejo u orientación.

**TABLA 6 TIPO DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA (NÚMERO DE CASOS, N, Y PORCENTAJES)**

Actuación farmacéutica	C	CI	DD	CM	DM	DE	ES	SFT	ASA	TOTAL	
Total (T)	N	96	234	79	36	51	18	146	200	119	979
	(%)	9,80	23,90	8,05	3,70	5,20	1,80	14,95	20,40	12,20	100,00
Fuera del domicilio (farmacia)	N	61	132	79	18	13	5	29	51	29	417
	(%)	14,65	31,65	18,90	4,30	3,10	1,20	6,95	12,30	6,95	100,00
	(%) v.s. T	6,20	13,50	8,05	1,85	1,30	0,50	3,00	5,20	3,00	42,60
En el domicilio	Nº CASOS	35	102	0	18	38	13	117	149	90	562
	(%)	6,20	18,15	0,00	3,20	6,80	2,30	20,80	26,50	16,05	100
	(%) v.s. T	3,60	10,40	0,00	1,85	3,90	1,30	11,95	15,20	9,20	57,40

C: consejo, CI: consejo e indicación, DD: demanda de dispensación, CM: cambio de medicamento demandado, DM: derivación al médico, DE: derivación al enfermero, ES: educación sanitaria, SFT: seguimiento farmacoterapéutico (número de registros realizados), ASA: asesoramiento sanitario-administrativo.

**TABLA 7 TOTAL DE PRM DETECTADOS Y RESUELTOS (N Y %) EN LAS PACIENTES ATENDIDAS**

	NECESIDAD N (%)	EFFECTIVIDAD N (%)	SEGURIDAD N (%)	TOTAL N (%)
Descripción	Problemas de salud no tratados	Inefectividad cuantitativa	Inseguridad no cuantitativa	
PRM detectados	14 (56%)	9 (36%)	2 (8%)	25 (100%)
PRM resueltos vs. total detectados	14 (56%)	7 (28%)	0 (0%)	21 (84%)

PRM: problemas relacionados con la medicación (según clasificación del Segundo Consenso de Granada<sup>19</sup>).

(ortopédicos, material de cura, dietoterápicos) e inducir su prescripción han sido unas de las actividades más beneficiosas para las pacientes. El hecho de que más de la mitad de los problemas encontrados hayan sido la necesidad de una medicación o producto sanitario adicional puede ser explicable en estas pacientes pluripatológicas. Estos enfermos que están polimedcados con frecuencia necesitan medicación adicional que, por diversas causas, no ha sido prescrita. Así, Coca en un estudio observacional encuentra que un 65% de los pacientes con la presión arterial no controlada recibían un tratamiento insuficiente<sup>22</sup>. Otros autores ponen de manifiesto un 46,4% de problemas de omisión de medicación en pacientes hospitalizados<sup>23</sup>.

El contacto directo paciente-farmacéutico en el domicilio puso de manifiesto carencias de tratamiento farmacológico, higiénico-sanitarias y preventivas que, en la mayoría de los casos, podían atribuirse a la escasa cualificación sanitaria del cuidador. Frecuentemente, la complejidad de tratamientos farmacológicos, hace que los cuidadores tengan dudas respecto a la farmacoterapia. Estas dudas pueden tener poca importancia clínica, como puede ser la manera idónea de administrar un medicamento, pero también pueden ser muy relevantes para el paciente, cuando se trata de posibles efectos adversos o interacciones. La polimedcación compleja y la distinta nomenclatura para una misma prescripción suponen un problema difícilmente

solucionable sin la competencia técnica del farmacéutico, tal y como resaltan Herrera, Moreno<sup>24</sup> y La Casa y col<sup>25</sup>. Por otra parte, los pacientes polimedcados suelen tener prescripciones condicionadas que aumentan la incertidumbre de los cuidadores a la hora de tomar cualquier decisión. Así, a menudo, se dejan de administrar medicamentos prescritos destinados a solucionar problemas puntuales porque el cuidador no sabe interpretar bien los síntomas y las pautas de administración que le ha indicado el médico o porque tiene miedo a no actuar de forma correcta<sup>26,27</sup>. En nuestra experiencia, ambos cuidadores manifestaron disponer de muy poco tiempo para acudir a la consulta médica o a la oficina de farmacia para resolver posibles dudas. La AFD, bien de forma presencial o por teléfono, hace posible el asesoramiento farmacéutico inmediato y continuo que requieren este tipo de pacientes. Ambas padecían patologías graves y crónicas, estaban polimedcadas durante más de cuatro años, habían tenido cambios importantes en la farmacoterapia, como la administración de estupefacientes a una de ellas, siendo los medicamentos más usados los correspondientes al grupo N (sistema nervioso).

Asimismo, cada vez que sufrían una patología aguda se añadían nuevos fármacos a los habituales. A lo largo de esta experiencia, se detectaron deficiencias solucionables con productos OTC, medicamentos sin receta, material ortopédico y productos nutricionales. Estas soluciones que fueron propuestas por el farmacéutico no habían sido indicadas ni aconsejadas por otros sanitarios.

En general, casi la mitad de los ancianos se automedica con AINE, laxantes y antiácidos<sup>28</sup>. La automedicación no se considera una práctica negativa, siempre y cuando se realice de forma responsable, es decir, utilizando adecuadamente los medicamentos y siguiendo sus indicaciones<sup>29,30</sup>.

En los pacientes autolimitados, la automedicación necesariamente se llevaba a cabo a través del cuidador. Por los mismos motivos expuestos anteriormente, las pacientes de este estudio no recibían automedicación, ni de OTC ni de medicamentos guardados en botiquines, debido a los escasos conocimientos sanitarios de los cuidadores.

La indicación farmacéutica en el ámbito de la AFD ha supuesto una mejora sustancial en la calidad de vida para estas pacientes, puesto que se les ha propor-

cionado el seguimiento cuidadoso y continuado de su farmacoterapia. Ha sido la actividad farmacéutica más destacada y la forma en que se han solucionado, en numerosas ocasiones, problemas de salud de estos enfermos.

Tal es el caso de la paciente 1 en la que el SFT fue importante para mejorar los episodios de vigilia prolongada. La actuación farmacéutica llevada a cabo facilitó el control de la dosificación y el ajuste de dosis efectiva en colaboración con el médico. El farmacéutico aportó datos sobre farmacocinética, muy valorados por éste, además de realizar un estudio de las posibles interacciones con el resto de la medicación que recibía la paciente.

De estas ventajas también se beneficia al cuidador, ya que recibe una importante educación sanitaria y de esta forma es capaz de resolver por sí mismo los pequeños problemas que puedan surgir en el manejo diario del paciente.

### LIMITACIONES

Aunque el escaso número de pacientes evaluados en esta experiencia puede suponer una importante limitación, su extensión durante más de un año ha puesto de manifiesto otras, mucho más destacadas. Por un lado, la falta de infraestructura sanitaria, ya que no está delimitada la figura del farmacéutico asistencial domiciliario. El profesional realiza este trabajo de manera totalmente voluntaria y altruista y no se ha cuantificado el coste de tiempo y material.

Otra limitación es la inexistente cooperación con otros sanitarios en este ámbito. Además, la escasez de experiencias en este campo impide utilizar modelos adecuados.

### CONCLUSIONES

Esta experiencia, si bien con las limitaciones indicadas, ha puesto de manifiesto la importante labor que puede desarrollar el farmacéutico en ese campo y las ventajas que esto podría suponer tanto para estos pacientes como para sus cuidadores. Los beneficios experimentados por ambos, gracias a esta actividad, sugieren que, si el farmacéutico estuviera incluido en los equipos de asistencia domiciliaria junto a otros profesionales de la salud, se conseguiría mejorar el servicio y se abrirían nuevos campos para el desarrollo de la profesión. **FC**

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: Ministerio Economía y Hacienda [2006; acceso 26 Junio 2006]. Proyecciones de población a corto y largo plazo. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm).
2. Procesos, Atención a pacientes pluripatológicos [Monografía en Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía, Consejería Salud; 2005 [acceso 12 Enero 2007]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/atencion\\_pacientes\\_pluripatologicos?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/atencion_pacientes_pluripatologicos?perfil=org)
3. Resolución ResAP (2001) relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. Consejo de Europa 2001. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 216-22.
4. Martín Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastellurrutia MA, Faus MJ. Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. *Curr Pharm Des* 2004; 10:3969-85.
5. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice. The clinician's guide*, 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill; 2004.
6. Berenguer CB, La Casa C, De la Matta MJ, Martín-Calero MJ. Pharmaceutical care: past, present and future. *Curr Pharm Des* 2004; 31: 3931-46.
7. Aguiló MC. Proyecto de implantación progresiva y generalizada de la atención farmacéutica en las farmacias comunitarias. *Pharm Care Esp* 2005; 7: 95-6.
8. Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *BOE* 178; pp. 28122-65.
9. Gilbert AI, Roughead EE, Beilby J, Mott K, Barratt JD. Collaborative medication management services: improving patient care. *Med J Austr* 2002; 177: 189-92.
10. Australian Association of Consultant Pharmacy (ACCP) [sede Web]. Australia: Asociación Australiana de Farmacia de consultor pty ltd abn 62 057 706064aacp. [Abril 2010; acceso Abril 2010]. Resident Medication Management Reviews (RMMR): Medication Reviews in Residential Care Facilities. Information for Pharmacists. Australia: ACCP 2001. Disponible en: [https://www.aacp.com.au/FourpointRoot/portal/pages/8/680/\\_files/Information%20for%20Pharmacists%20Apr10.pdf](https://www.aacp.com.au/FourpointRoot/portal/pages/8/680/_files/Information%20for%20Pharmacists%20Apr10.pdf)
11. Hawskworth GM, Chrystyn H. Clinical pharmacy domiciliary service an extended role of the community pharmacists. *J Appl Ther* 1997; 1: 325-9.
12. Lowe CJ, Raynor DK, Purvis J, Farrin A, Hudson J. Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice. *Br J Clin Pharmacol* 2000; 50: 172-5.
13. Hsia Der E, Rubenstein LZ, Choy GS. The benefits of in-home pharmacy evaluation for older persons. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 211-14.
14. Triller DM, Hamilton RA, Briceland LL, Waite NM, Audette CM, Furman CA. Home care pharmacy: extending clinical pharmacy services beyond infusion therapy. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 57: 1326-31.
15. Espinosa JM, Benítez MA, Pascual L, Duque A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en atención primaria [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria; 2000 [acceso Enero 2007] Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Grupos/Publicaciones/domicilio-1.asp>.
16. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Documento Marco de Atención Farmacéutica Domiciliaria. [Monografía en Internet]. Madrid: Consejo General de colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2006 [acceso 26 Enero 2007]. Disponible en: [http://www.pharmatheneum.com/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&tid=41&limitstart=5](http://www.pharmatheneum.com/index.php?option=com_docman&task=cat_view&tid=41&limitstart=5)
17. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dader. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada; 2003.
18. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2001.
19. Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43:179-87.
20. Bhattacharya D, Wright DJ, Purvis JR. Pharmacist domiciliary visiting in England: Identifying the characteristics associated with continuation. *Pharm World Sci* 2008; 30: 9-16.
21. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Elliott R, Roberts MS. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. *Br J Clin Pharmacol* 2004; 58: 648-64.
22. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Controlares 2001. *Hipertensión* 2002; 19: 390-9.
23. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shdowitz S, Juurlink DN, Etchells EE. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005; 165: 424-9.
24. Herrera Carranza J, Moreno Torrejón JC. Atención Farmacéutica en el paciente mayor. En: Herrera Carranza J, editor. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Madrid: Elsevier España; 2003. pp. 382-400.
25. La Casa García C, Martín Calero MJ, Domínguez Camacho JC, Machuca González M, García-Delgado Morente A, Juárez Manzano J. Eficacia de la intervención farmacéutica en pacientes polimedados. *Pharm Care Esp* 2005; 7(1): 25-31.
26. Garlo K, O'Leary JR, Van Ness PH, Fried TR. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(12): 2315-22.
27. Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium". *JAMA* 2010; 304(14): 1592-601.
28. Alfonso T. El rol del farmacéutico en la automedicación. Uso de medicamentos: Análisis desde la experiencia en España. *Pharm Care España* 1999; 1: 157-64.
29. World Medical Association Statement on Self-Medication. Washington: WMA; 2002.
30. Asamblea Extraordinaria de la OMS. Automedicación Responsable, Montevideo: OMS; 2006.