

Manual de **Asistencia Farmacéutica** en Centros Residenciales **para Personas Mayores**



Fundación
Edad & Vida



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos

**Febrero
2021**



Equipo de trabajo y redacción:

Raúl Vaca Bermejo

Fundación Edad&Vida

Jordi Casas Sánchez

Farmacéutico

Fini Pérez Martínez

Directora del Dpto. Técnico
Asistencial de DomusVi

Elena Salgas Tolosá

Farmacéutica, DomusVi

Ignasi Ylla-Català Boré

Farmacéutico

Eugeni Sedano Monasterio

Fundación Edad&Vida

Sobre el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

El Consejo General es el órgano ejecutivo y de coordinación de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Su misión es representar al conjunto de la profesión farmacéutica tanto a nivel estatal como internacional, promocionando los intereses de los farmacéuticos, facilitando su avance profesional en beneficio de la sociedad y proporcionando una oferta de servicios de máxima calidad.

Sobre la Fundación Edad&Vida

Edad&Vida es el punto de encuentro de empresas, universidades, sociedades científicas y asociaciones de personas mayores. Trabaja para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y de aquellas que van a serlo, garantizándoles una atención acorde a sus necesidades sociales, emocionales y de salud, solo posible a través de una correcta planificación económica y un uso eficiente de los recursos económicos, tanto públicos como privados.

Presentación	4
Introducción	5
1. Funciones del farmacéutico dentro del equipo asistencial	7
1.1. Procedimiento de revisión, validación y modificación de tratamientos	8
1.2. Procedimiento de elaboración de una guía farmacoterapéutica	12
1.3. Procedimiento de detección de necesidades formativas y desarrollo del plan formativo hacia los profesionales del centro	12
1.4. Procedimiento de la Comisión de Farmacia del centro	14
1.5. Procedimiento de elaboración del programa de educación farmacéutica, a profesionales y usuarios y miembros de su entorno afectivo, sobre el uso adecuado y responsable de M, PS y DT	15
2. Funciones del farmacéutico en torno a los medicamentos (M), productos sanitarios (PS) y dietoterápicos (DT)	16
2.1. Procedimiento de dispensación de M, PS y DT	17
2.2. Procedimiento de administración de M, PS y DT	19
2.3. Procedimiento de conciliación de tratamientos	20
3. Funciones del farmacéutico en la gestión del Depósito de Medicamentos	23
3.1. Procedimiento de almacenamiento, conservación, custodia y conservación de M, PS y DT en el centro	24
3.2. Procedimiento de gestión de la dotación de M, PS y DT (habituales y de urgencia) y su armonización (control del exceso, duplicidades, etc.)	24
3.3. Procedimiento de gestión de residuos de M, PS y DT	25
4. Normativa relativa a la asistencia farmacéutica, dispensación y utilización de M, PS y DT en centros sociosanitarios	26
4.1. Legislación estatal reguladora de la atención farmacéutica en centros sociosanitarios	27
4.2. Legislación estatal reguladora de la atención sociosanitaria	27
4.3. Legislación autonómica	27
5. Bibliografía	31

Presentación

La adaptación a las nuevas necesidades que comportará el reto del envejecimiento y la cronificación de la enfermedad en la población española es una obligación y una necesidad del Sistema Nacional de Salud a la que deben responder todas las profesiones sanitarias. Una adaptación que los profesionales sanitarios veníamos aludiendo ya antes de esta crisis, y que sin duda la pandemia ha evidenciado como una debilidad a la que es urgente buscar soluciones.

Con este objetivo nace este manual que quiere servir de base para mejorar la asistencia farmacéutica en centros residenciales para personas mayores. Una iniciativa de gran importancia impulsada por la Organización Farmacéutica Colegial de la mano de la Fundación Edad&Vida, que es punto de encuentro de empresas, asociaciones de personas mayores, profesionales e instituciones para colaborar en la búsqueda de soluciones para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y el nuevo contexto social que conforman.

Recordemos que en 2050 más de seis millones de personas superarán los 80 años, un 11,6% de la población, frente al 5,3 actual; y el 34% de la población será mayor de 65 años.

Queremos que este manual sirva de guía para aquellos farmacéuticos que tengan actividad y responsabilidades en el ámbito sociosanitario, en la búsqueda de la excelencia dentro de su ámbito de trabajo.



Se trata de un documento de máximos, que posiblemente no pueda aplicarse en su integridad a todos los centros - ya que cada uno tiene sus propias peculiaridades y tamaño- pero que quiere ser útil como guía para abordar una asistencia farmacéutica de máxima calidad. Una propuesta de actuación en la que se conjugan las visiones de todos los profesionales implicados en la elaboración de la guía, que desde la experiencia han hecho un gran trabajo.

Un documento de referencia que sin duda es una gran contribución de la Profesión Farmacéutica para seguir mejorando la asistencia a las personas mayores en centros residenciales.

Jesus Aguilar Santamaría

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

Introducción

Tal y como indica Alcade, Crespo, & Hernández¹, es de sobra conocido el perfil de los usuarios de centros residenciales: pluripatología, polimedicación, gran dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, alta complejidad clínica, frecuente deterioro cognitivo y hospitalización. Desde el punto de vista del medicamento, los usuarios de estos centros son una población con mayor susceptibilidad a la acción de los fármacos, con polimedicación, con un aumento en el riesgo de interacciones entre los medicamentos y de los efectos adversos, además de presentar dificultades para asegurar la correcta adherencia y cumplimiento al tratamiento, si bien es cierto que el seguimiento de un correcto protocolo de administración de estos productos por parte del centro residencial podría solucionar estas dificultades.

Se reconoce que este perfil y el alto consumo de medicamentos puede llevar asociado un gran número de problemas relacionados con el uso de los mismos, y se asocia a mayor cantidad de hospitalización, morbilidad, mortalidad y descenso de la calidad de vida²⁻⁴.

Además, los cambios en la farmacocinética y en la farmacodinámica asociados con la edad aumentan el riesgo de padecer problemas relacionados con el uso de los medicamentos. Todo ello nos sirve para justificar que es necesario prestar unos servicios de alta especialización en asistencia farmacéutica en los centros residenciales para personas mayores si se quieren optimizar los resultados en la salud y, por lo tanto, en el bienestar y calidad de vida de los usuarios de dichos centros.

En este sentido, para garantizar el correcto uso de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterapéuticos en los centros residenciales de personas mayores, es necesario que los centros dispongan de un Depósito de Medicamentos vinculado a una Oficina de Farmacia o Servicio de Farmacia y convenientemente legalizado y registrado por las autoridades sanitarias de su Comunidad Autónoma.

El titular de la Oficina de Farmacia o el jefe del Servicio de Farmacia nombrará el farmacéutico que preste los servicios asistenciales en el centro residencial, el cual será el encargado del Depósito y responsable de las actividades de atención farmacéutica necesarias para el buen uso de medicamentos (M), productos sanitarios (PS) y dietoterápicos (DT) de acuerdo con el equipo asistencial del centro.

La incorporación de un farmacéutico en el equipo asistencial de un centro residencial para personas mayores contribuirá sustancialmente en la medida en que este profesional adopte el rol máximo responsable y referente en el uso adecuado, seguro y efectivo de los medicamentos. Más en detalle, el farmacéutico se encargará de velar por la seguridad, efectividad o sostenibilidad de los tratamientos farmacológicos y de que, tanto los profesionales como los usuarios y su entorno afectivo, tengan la información necesaria para obtener los máximos beneficios posibles de su tratamiento farmacológico^{1,3}.

No obstante, para garantizar la efectiva incorporación del farmacéutico al equipo asistencial de un centro es necesario que, en primer lugar, disponga de un espacio propio de trabajo ya que los mejores resultados se obtienen cuando se actúa a nivel micro, es decir, con el profesional sanitario formando parte del equipo asistencial⁵; y en segundo lugar, tenga acceso completo y ágil a la historia clínica y farmacoterapéutica del usuario⁶.

Es preciso señalar que la calidad de la asistencia mejora cuando el mismo farmacéutico se encarga de una gestión integral de todo lo relacionado con los medicamentos en el centro. Lo contrario ocasionaría efectos indeseados como el aumento de la polimedicación, disminución de la seguridad del usuario en relación al uso de los medicamentos y aumento de los procesos y cargas de trabajo al centro ⁶.

Así, resulta básica la presencia del farmacéutico en el centro, la fluidez en la comunicación con otros profesionales del centro y su introducción dentro del equipo asistencial de la misma forma que actualmente participan otros profesionales. Esto implica, además, la participación en las reuniones de equipo y de elaboración de los planes de atención individualizada, en la que presentará la información relacionada con el manejo farmacológico individualizado de los usuarios del centro.

El farmacéutico, como se indicará en los siguientes puntos, será el encargado de coordinar todo el recorrido de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos en el centro y de todo el personal implicado en su manejo. Además, este profesional será el que mantenga una comunicación fluida con el centro de atención primaria e informe de los cambios de medicación en los usuarios del centro (gestionando, si es necesario, las recetas del centro). Finalmente, será el responsable de llevar un adecuado control y registro de todas las incidencias y fallos que pudieran ocurrir en todas las actividades que preste en el centro residencial. En este sentido, en todas las actividades y procedimientos de asistencia farmacéutica, que se detallan en los siguientes capítulos, es preciso llevar este registro de incidencias con el objetivo de mejorar el servicio dado. De esta forma, aunque no se indique específicamente en todos los procedimientos, se dará por entendido la necesidad de realizar dicho registro.

Por otro lado, y en general, este profesional será el responsable de todas las actividades e iniciativas orientadas a la optimización de los resultados de utilización de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, prestando apoyo a los profesionales del centro en las decisiones clínicas derivadas de las situaciones concretas de la práctica asistencial personalizada. Estas actividades se estructuran en un circuito con cuatro etapas:

1. Apoyo a la prescripción.
2. Validación farmacéutica.
3. Preparación y dispensación.
4. Apoyo en la administración y monitorización o seguimiento farmacoterapéutico.

Finalmente, es preciso señalar en este momento que este documento trata de especificar cuáles serían las funciones de un profesional farmacéutico dentro del equipo asistencial de un centro residencial para personas mayores. Somos conscientes de que existe una amplia legislación estatal y autonómica al respecto y que puede consultarse en un capítulo al final de este texto. En ningún momento este trabajo ha pretendido discutir o revisar al detalle la normativa vigente. Al contrario, como decimos, nos hemos centrados en aquellas funciones de las que los farmacéuticos podrían responsabilizarse para contribuir al fin último de los centros residenciales que no es otro que mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas en ellos atendidas. Para determinar el profesional sobre el que finalmente recaerá esta responsabilidad, así como adaptar el contenido del texto a determinados matices normativos, se recomienda encarecidamente revisar la legislación vigente en cada territorio.

1. Funciones del farmacéutico dentro del equipo asistencial



1. Funciones del farmacéutico dentro del equipo asistencial

1.1. Procedimiento de revisión, validación y modificación de tratamientos

La revisión de la medicación es una evaluación estructurada del plan farmacológico de una persona concreta con el objetivo de optimizar el uso de los medicamentos y mejorar los resultados en su salud. Esto implica detectar problemas relacionados con el uso de los medicamentos y la recomendación de intervenciones concretas^{1,2}. Además, se ha demostrado su efectividad tanto en la optimización de resultados de salud y calidad de vida como en el ahorro de costes asociados al tratamiento sanitario y en la reducción de la polimedicación^{3,6-8}

Este proceso debería realizarse para cada persona al menos una vez al año y cada vez que cambie significativamente su estado clínico.

Un proceso interdisciplinario de revisión de la medicación implica cuatro pasos²:

- a. Revisión de la historia clínica y pautas farmacológicas.
- b. Revisión sistemática de la medicación.
- c. Reunión interdisciplinar y revisión de caso.
- d. Seguimiento del plan farmacológico.

STEP 1 Patient and medication history talking

Data collection; Patient records, medication charts, symptom scores and biochemistry values

Responsible

Nurse Pharmacist

STEP 2 Systematic medication review

Identifying medication-related problems
Tools: National medication formularies, clinical therapeutic guidelines, NORSEP-NH, START/STOPP, DDI databases

Pharmacist

STEP 3 Interdisciplinary case conference

Presenting, discussing solving medication-related problems, and pharmaceutical care planning

Nurse Pharmacist
Physician

STEP 4 Follow-up of pharmaceutical care plan

Changing or adjusting prescribing*; monitor and follow-up agreed recommendations

Nurse Pharmacist
Physician*

Figure 1. Pharmacist-led interdisciplinary medication review service.

En este punto es necesario señalar que este proceso puede sufrir modificaciones en función de las diferentes etapas del cuidado del usuario. Así, en la valoración inicial o de ingreso de una persona en el centro, el farmacéutico tendrá que participar en la valoración integral inicial como un miembro más del equipo interdisciplinar¹. En este primer contacto con la persona, es de vital importancia registrar todos los datos referentes a la medicación que está tomando. Deben comprobarse los nombres de los medicamentos y pautas de administración, posibles reacciones adversas que haya podido experimentar y descartar las posibles contraindicaciones. A continuación, debe realizarse una revisión y conciliación de los tratamientos, con el objetivo de identificar la necesidad, efectividad y seguridad del plan farmacológico²¹.

Para el resto de las valoraciones periódicas de los usuarios, el proceso es el siguiente:

Paso 1. Revisión de la historia clínica y pautas farmacológicas.

El objetivo de este primer paso es permitir que el farmacéutico conozca perfectamente el perfil clínico del usuario y su plan de medicación asociado al mismo. Esto incluye aportar información básica de identificación de la persona, sobre su historia clínica y resultados en diferentes pruebas realizadas, su estado actual, así como el historial de uso de medicamentos incluyendo los posibles problemas y reacciones adversas asociadas a los mismos, además de los relacionados con la forma de administración de los mismos.

Según el número de fármacos que una persona está tomando, el uso de medicamentos se clasifica en:

- a. No polimedicación: < 5 medicamentos.
- b. Polimedicación: entre 5 y 9 medicamentos.
- c. Hiperpolimedicación: > 9 medicamentos.

Es preciso recordar que la polimedicación no siempre es una mala práctica asistencial. Normalmente, el usuario de los centros residenciales presenta una multimorbilidad importante que hará necesario el uso de un número elevado de medicamentos⁴.

Paso 2. Revisión sistemática de la medicación.

El objetivo de este paso es identificar los posibles problemas relacionados con el uso de los medicamentos en los usuarios del centro. Además, se aportarán una serie de recomendaciones para resolver esos problemas y/o prevenirlos, como, por ejemplo, el desarrollo de un plan farmacéutico individualizado para cada persona. Para ello, el farmacéutico aplicará instrumentos de valoración validados científicamente para estandarizar el proceso.

Así, se analizarán aspectos como el uso de medicamentos que requieran un seguimiento o control específico, el uso de medicamentos potencialmente inapropiados para las personas mayores, problemas relacionados con la forma de administración o dosificación, interacciones entre medicamentos, medicamentos no adecuados para un usuario en concreto debido a sus características clínicas y necesidades personales, falta de indicación de un tratamiento concreto, uso temporal excesivo de medicamentos, tratamiento insuficiente o inexistente de alguna condición o síntoma previamente diagnosticado, efectos adversos de los medicamentos o cambios del estado y análisis

clínicos, y la necesidad de control y seguimiento de los tratamientos. Además, se recomienda aplicar el *screening tool of older people's prescriptions* (STOPP) para identificar medicamentos potencialmente inapropiados y el *screening tool to alert to right treatment* (START) para identificar omisiones de medicamentos. También se pueden utilizar otros instrumentos como los Criterios Beers o la *Medication Appropriateness Index* (MAI).

En este punto, se debe tener en cuenta que estos criterios no son sustitutos de una valoración integral de usuario. La solución es el abordaje interdisciplinar y la incorporación de la asistencia farmacológica en centros residenciales⁴.

Con la información recogida en este paso se pueden identificar problemas relacionados con el uso de los medicamentos (PRM)²²:

Listado de PRM (No exclusivos ni excluyentes)

- Administración errónea del medicamento
- Alta probabilidad de efectos adversos
- Características personales
- Conservación inadecuada
- Contraindicación
- Desabastecimiento temporal
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- Duplicidad
- Errores en la dispensación
- Errores en la prescripción
- Errores en la utilización de la medicación
- Falta de conciliación entre niveles
- Falta de conocimiento del uso del medicamento
- Interacciones con otros medicamentos, plantas medicinales, complementos alimenticios o alimentos
- Medicamento no necesario
- No toma la medicación/falta de adherencia
- Otros PS que afectan al tratamiento
- Precaución de uso
- Problema de salud insuficientemente tratado
- Otros

Por otro lado, para facilitar la interpretación, análisis y prevención o tratamiento de los PRM, se podrían utilizar categorizaciones adicionales como la siguiente:

a. Elección del medicamento

- a. Necesidad de un medicamento adicional.
- b. Medicamento innecesario.
- c. Medicamento inapropiado.

b. Dosificación

- a. Excesiva.
- b. Insuficiente.
- c. Duración de uso inadecuada.
- d. Formulación inadecuada.

c. Reacciones adversas al medicamento

d. Interacciones

e. Desviaciones en el uso adecuado del medicamento

- a. Por el personal sanitario
- b. Por el usuario

f. Otros

- a. Necesidad o falta de seguimiento
- b. Documentación o pautas no suficientemente claras en la historia clínica del usuario
- c. Otro.

Paso 3. Reunión interdisciplinar y revisión de caso.

En este paso el equipo técnico y, específicamente el personal sanitario del centro (médicos, enfermeras, auxiliares o gerocultores) y el farmacéutico responsable se reúnen para presentar la información recopilada y alcanzar un consenso sobre las acciones, prioridades, planes farmacológicos individualizados incluyendo las intervenciones para resolver o prevenir los posibles problemas relacionados con el uso de los medicamentos para cada usuario. El médico mantiene su responsabilidad en la prescripción de los diferentes tratamientos y es el último decisor en caso de desacuerdo.

Paso 4. Seguimiento del plan farmacológico.

El paso final es hacer el seguimiento del plan farmacológico de cada usuario del centro. Para realizar este proceso al completo, el farmacéutico recopilará el plan farmacológico actual e histórico de los usuarios del centro, así como los diferentes informes médicos (pruebas clínicas, análisis de laboratorio, etc.) necesarios para la revisión de los planes personalizados. Por su parte, los profesionales de enfermería recopilarían la información sobre los posibles síntomas relacionados con reacciones adversas a los medicamentos. Finalmente, el farmacéutico será el encargado de realizar la revisión del plan farmacológico identificando los diferentes problemas relacionados con la medicación que se discutirán en la reunión interdisciplinar para la revisión de los casos.

1.2. Procedimiento de elaboración de una guía farmacoterapéutica

Una de las principales funciones de un servicio asistencial farmacéutico es el establecimiento de un sistema de gestión farmacoterapéutica, basado en la evaluación y selección de medicamentos y productos nutricionales que tengan en cuenta, tanto el perfil clínico y las necesidades específicas de los usuarios de un centro residencial, como el nivel de complejidad clínica que se atiende en él^{1,23}. Este proceso de selección de productos sanitarios, nutricionales y medicamentos, que el farmacéutico realizará de forma interdisciplinar con los profesionales sanitarios del centro, supone una mejora clara en la atención a los usuarios del centro⁹.

El producto final de este proceso es la elaboración de una guía farmacoterapéutica que debe garantizar la disponibilidad de medicamentos de uso en el centro, fórmulas magistrales estériles y no estériles, sueroterapia, medicamentos para personas en situación de final de vida y productos de nutrición enteral. Además, la guía deberá detallar tanto los principios activos y posologías como el nombre comercial y presentación seleccionados, además de las pautas de administración de los mismos, para minimizar los errores de identificación y la aparición de problemas relacionados con el uso de los medicamentos. Esto permite, en algunos casos, evitar la derivación al hospital o, al menos, reducir la estancia hospitalaria¹.

Los criterios que deberán cumplir los medicamentos, productos sanitarios y dietoterapéuticos que se seleccionen para formar parte de la guía serán²¹:

- a.** Eficacia demostrada en el grupo de edad, evitando utilizar medicamentos de baja utilidad terapéutica.
- b.** Seguridad suficiente y bien conocida, de manera que se pueda optar por aquellos fármacos con menor riesgo de interacciones y reacciones adversas.
- c.** Frecuencia de administración adecuada a las características del centro y de sus usuarios.
- d.** Formas farmacéuticas adaptadas a las necesidades de los usuarios del centro.

Es preciso recordar que, dadas las características de la población atendida en centros residenciales para personas mayores, habrá situaciones en las que se deba optar por medicamentos, productos sanitarios y dietoterapéuticos no recogidos en dicha guía. No obstante, esto deberá ocurrir en contadas ocasiones y la guía deberá ser revisada periódicamente para adaptarla a las necesidades y perfil de los usuarios del centro.

1.3. Procedimiento de detección de necesidades formativas y desarrollo del plan formativo hacia los profesionales del centro

El farmacéutico será el encargado de analizar las necesidades formativas de los profesionales del centro, tanto sanitarios como no sanitarios, en todo lo relacionado con el uso de medicamentos, productos dietoterápicos y productos sanitarios, elaborando, en función de las conclusiones de dicho análisis, diferentes programas de formación continuada adaptados al nivel de cada categoría profesional.

La introducción de la figura del farmacéutico dentro del equipo asistencial ayudará a la educación farmacéutica del resto de profesionales, así como aportará un conocimiento y visión actualmente deficitario dentro de los centros. Teniendo en cuenta el perfil del usuario del centro, resulta clave para poder ofrecer una buena asistencia sanitaria.

Estos programas formativos mejorarán la calidad y la seguridad en el uso de este tipo de productos, a la vez que fomentará la creación de un foro de debate y consulta de dudas, identificación de errores y propuesta de pautas para paliar y/o prevenir la aparición de problemas relacionados con el uso de medicamentos^{3,10}.

Sin ánimo de ser exhaustivo, pues la realidad de cada centro determinará sus necesidades de formación específicas, entre los aspectos que deberán formar parte del programa formativo figuran los siguientes:

- a. Conocimientos sobre farmacocinética y farmacodinamia en población geriátrica.
- b. Manejo farmacológico de los grandes síndromes geriátricos.
- c. Manejo farmacológico de las patologías presentes en el centro y las potenciales.
- d. Suplementos nutricionales.
- e. Manejo farmacológico en situación de final de vida.
- f. Actuaciones correctas y seguras ante sintomatología de baja y muy baja complejidad, como el manejo de fiebre, vómitos, daños en la piel, etc.
- g. Problemas relacionados con el uso de medicamentos:
 - 1. Interacciones (medicamento-medicamento; alimento-medicamento).
 - 2. Reacciones adversas.
- h. Administración correcta y segura de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos en sus diferentes formas farmacéuticas (especialmente los medicamentos parenterales, dispositivos inyectables, para inhalación y los requerimientos específicos que presenten determinados medicamentos, así como el procedimiento a seguir en el caso de medicamentos considerados peligrosos tanto por vía parenteral como oral).
- i. Uso racional de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos.
- j. Almacenamiento correcto y seguro de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos.
 - 1. Orden y limpieza.
 - 2. Almacenamiento en frío.
 - 3. Almacenamiento bajo llave.
 - 4. Control y registro de temperaturas.
 - 5. Identificación correcta de productos y simbología.

1.4. Procedimiento de la Comisión de Farmacia del centro

La Comisión de Farmacia deberá liderarla el profesional farmacéutico y debe estar formada por un equipo multidisciplinar que incluye médico, farmacéutico y enfermería. Además, no se debería descartar la participación, con menor grado de decisión, del algún otro profesional del centro, como podría ser el psicólogo del centro o el fisioterapeuta, por las repercusiones que puedan existir con los cambios de tratamiento.

La formación de esta Comisión con presencia de diferentes profesionales sanitarios del centro mejora la calidad de la atención a los usuarios del centro⁶.

Los objetivos de esta Comisión deberían ir encaminados a:

- a.** Analizar todos los aspectos relacionados con la selección y utilización de medicamentos en el centro.
- b.** Implantación de protocolos del centro, con normas y procedimientos relativos al almacenamiento, distribución y administración de medicamentos con el objetivo de conseguir una eficaz relación coste/efectividad.
- c.** Reducción polimedicación.
- d.** Revisión cronicidad de tratamientos, posibles efectos adversos, evitar la inercia terapéutica, etc.
- e.** Establecer un sistema de farmacovigilancia, para la detección de reacciones adversas y su notificación a los organismos responsables.

Así, entre las funciones de esta Comisión se encontraría la coordinación de la elaboración de la guía farmacoterapéutica del centro, el análisis de las necesidades formativas de los profesionales del centro y el sistema de detección de las reacciones adversas que puedan producirse en el uso de determinados medicamentos y su notificación a los organismos responsables de farmacovigilancia. También se podrá encargar de elaborar planes y actuaciones que garanticen la adherencia terapéutica de los usuarios de los centros, si bien es cierto que gran parte de esos usuarios carecerían de la autonomía e independencia para tomar por sí mismo los productos pautados.

Además, en esta Comisión recae la responsabilidad de elaborar los diferentes protocolos que garanticen el uso correcto y seguro de los diferentes medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos y de potenciar la optimización de la farmacoterapia¹.

Entre las medidas de optimización cabe contemplar las siguientes:

- a.** Análisis de las prescripciones de suplementos de nutrición enteral, mediante la adecuación a un protocolo de utilización de nutrición enteral.
- b.** Análisis de las prescripciones de determinados fármacos (inhibidores de acetilcolineste-

rasa y memantina) para el tratamiento de la demencia, para valorar junto al equipo médico la deprescripción de estos tratamientos en aquellos pacientes con demencia grave en fase terminal sin alteraciones conductuales y/o gran deterioro funcional.

- c.** Análisis de los tratamientos para osteoporosis (bifosfonatos), según la duración y tolerancia de estos tratamientos.
- d.** Análisis de la prescripción e indicación de broncodilatadores.

Finalmente, esta Comisión será la responsable de colaborar en los programas que promuevan las administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria, así como la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia. También será la responsable de mantener una comunicación fluida con su Centro de Atención Primaria de referencia, informando de los cambios de medicación de los usuarios del centro.

1.5. Procedimiento de elaboración del programa de educación farmacéutica, a profesionales y usuarios y miembros de su entorno afectivo, sobre el uso adecuado y responsable de M, PS y DT

El farmacéutico del centro, en coordinación con el médico del centro, ayudará en las diferentes intervenciones relacionadas con la educación farmacéutica de los usuarios y de los miembros de su entorno afectivo, en relación con el uso adecuado y responsable de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos.

El contenido que se puede desarrollar en estos programas educativos es el siguiente:

- a.** Administración correcta y segura de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, en sus diferentes formas farmacéuticas.
- b.** Actuaciones correctas y seguras ante sintomatología de baja y muy baja complejidad, como el manejo de fiebre, vómitos, daños en la piel, etc.
- c.** Problemas relacionados con el uso de medicamentos:
 - 1.** Interacciones (medicamento-medicamento; alimento-medicamento).
 - 2.** Reacciones adversas.



2. Funciones del farmacéutico en torno a los medicamentos (M), productos sanitarios (PS) y dietoterápicos (DT)



2. Funciones del farmacéutico en torno a los medicamentos (M), productos sanitarios (PS) y dietoterápicos (DT)

2.1. Procedimiento de dispensación de M, PS y DT

Según el Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) en su “Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia”²², la dispensación es el servicio farmacéutico “encaminado a garantizar que los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, tras una evaluación individual, reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo con la normativa vigente”.

En este proceso, el farmacéutico ante la solicitud de un medicamento, producto sanitario o dietoterápico, verifica, con la información a su disposición, que el producto no es inadecuado para los usuarios del centro que lo utilizarán y lo dispensará asegurándose de que se dispone de toda la información necesaria para un correcto y seguro uso del mismo.

Los objetivos de este servicio, adaptados al funcionamiento de un centro residencial, serían²²:

- a. Garantizar el acceso a M, PS y DT y entregarlos en condiciones óptimas, de acuerdo con la normativa legal vigente.
- b. Garantizar que tanto los profesionales del centro como los usuarios y miembros de su entorno afectivo, en los casos que sea necesario, conocen el proceso de uso de dichos productos y que lo van a asumir.
- c. Vigilar la aparición de problemas relacionados con el uso de medicamentos mediante su identificación, resolución y prevención.

El proceso de cuatro pasos expuesto por el Foro AF-FC²², se podría adaptar de la siguiente manera a su utilización en los centros residenciales:

1. Ante la petición de un M, PS o DT con o sin receta el farmacéutico deberá obtener una serie de datos e información del usuario referentes a su historia clínica y plan farmacológico asociado. Así, se deberá verificar requisitos sanitarios, éticos y normativos tanto de los productos demandados tanto con receta como sin ella. El farmacéutico valorará la pertinencia o no de dispensarlo en función de la utilización de otros productos por parte del mismo usuario, la presencia de enfermedades concomitantes y/o alergias, contraindicaciones o problemas relacionados, posibles interacciones farmacológicas o riesgo elevado para la salud del usuario, duplicidades no intencionales u otras situaciones fisiológicas relevantes. Por otro lado, se valorará si es la primera vez que se utiliza dicho producto o es de utilización repetida. En caso de que sea la primera vez que se utiliza es preciso asegurarse que los profesionales encar-

2. Funciones del farmacéutico en torno a los medicamentos (M), productos sanitarios (PS) y dietoterápicos (DT).

gados de la administración al usuario conozcan el correcto uso del mismo (dosificación, tiempo de uso, manipulación segura y administración del mismo). Si no es la primera vez que se utiliza, el farmacéutico recabará información sobre su efectividad y los posibles problemas asociados a su uso con el fin de detectar posibles incidencias. Además, se potenciarán las medidas necesarias para optimizar la adherencia al tratamiento, tales como los test de adherencia y seguimiento, así como la verificación de la administración.

Es preciso señalar que la implementación de los sistemas de información y el uso de los servicios de prescripción electrónica en los centros residenciales facilitarán una dispensación más eficiente e individualizada para cada usuario¹¹, siendo uno de los servicios que más beneficiarían a nivel de optimización del tiempo y minimización de errores con la automatización del mismo¹².

2. Se procederá a la *evaluación de la información disponible* para poder detectar todas las incidencias que podrían afectar al correcto proceso de dispensación del producto, valorando si el usuario sufre o está en riesgo de sufrir algún problema relacionado con el uso de los productos solicitados. El registro e informe de las incidencias contribuirá a identificar las causas del mismo así como a mejorar la asistencia farmacéutica¹⁰. Así, entre las posibles incidencias que se podrían detectar figuran las siguientes²²:

Listado de PRM (No exclusivos ni excluyentes)

- Administración errónea del medicamento
- Alta probabilidad de efectos adversos
- Características personales
- Conservación inadecuada
- Contraindicación
- Desabastecimiento temporal
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- Duplicidad
- Errores en la dispensación
- Errores en la prescripción
- Errores en la utilización de la medicación
- Falta de conciliación entre niveles
- Falta de conocimiento del uso del medicamento
- Interacciones con otros medicamentos, plantas medicinales, complementos alimenticios o alimentos
- Medicamento no necesario
- No toma la medicación/falta de adherencia
- Otros PS que afectan al tratamiento
- Precaución de uso
- Problema de salud insuficientemente tratado
- Otros

3. Se procederá a la actuación o intervención (en caso de que haya una incidencia). En caso de que no haya ningún tipo de incidencia, se procederá a la validación farmacéutica de la prescripción médica⁶ y a la entrega del producto con las

correspondientes verificaciones habituales y con la información necesaria de cada producto para garantizar su uso responsable y seguro. Hay que recordar que, en la entrega de los productos desde el Depósito de medicamentos del centro, se deben cumplir las medidas adecuadas de conservación y seguridad en su transporte, con el fin de garantizar la efectividad de los productos.

En el caso de que se detecte algún tipo de incidencia, que precise una intervención dirigida a modificar algún problema relacionado con el uso de los medicamentos, ésta puede ser de varios tipos: facilitar información adicional, proporcionar productos alternativos, derivar a otros especialistas, denegar la dispensación o notificarla a farmacovigilancia. Es preciso indicar al centro los medicamentos o productos que no se dispensan y el motivo, así como las posibles soluciones o alternativas existentes.

4. Se debe registrar la dispensación. Para ello, el farmacéutico registrará y/o documentará toda actividad realizada con el máximo de información posible para poder evaluar la efectividad del servicio y de la utilización de los medicamentos o productos dispensados.

Conforme a la normativa vigente cada envase de medicamento que se adquiere en un centro residencial únicamente puede dispensarse para un usuario concreto. Para ello, es necesario verificarse y desactivarse cada envase y realizar la gestión del copago que corresponda a cada persona.

Dentro de este proceso se encuentra, igualmente, la preparación de los sistemas individualizados de administración de medicamentos, para lo que será necesario identificar correctamente los productos en un formato que facilite su administración por parte de los profesionales del centro, minimizando al máximo los errores. Además, hay que tener en cuenta que no todos se pueden preparar en el mismo formato. Para ello se recomienda seguir una serie de procedimientos normalizados de trabajo y cumplimentar una serie de registros en los que se recoja la persona que ha realizado el proceso y quién le ha supervisado para garantizar la trazabilidad y poder actuar ante la aparición de incidencias.

Por último, de cara a optimizar la dispensación de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterapéuticos se establecerán entregas con una periodicidad semanal de aquellos de uso habitual, como los medicamentos crónicos, que deberán gestionarse con anterioridad para garantizar que se tienen las unidades adecuadas. Por otro lado, es necesario establecer un sistema de dispensación de urgencia para proporcionar los que se necesiten para tratamientos agudos e inesperados. Este proceso podrá optimizarse con un depósito de estocaje de urgencia. Igualmente pasa con la necesidad de establecer un circuito de dispensación para aquellos medicamentos, productos sanitarios o dietoterapéuticos de urgencia cuando no se dispone de receta de prescripción.

2.2. Procedimiento de administración de M, PS y DT

La administración de M, PS y DT es una de las tareas más importantes de los profesionales sanitarios en un centro residencial de cara a asegurar la calidad y seguridad en los cuidados^{6,13,14} y los farmacéuticos, como parte del equipo asistencial del centro, juegan un papel clave. El perfil de alta complejidad clínica de gran parte de los usuarios de los centros residenciales contribuye a que tanto la complicación del propio proceso como el tiempo de dedicación de los profesionales del centro,

aumenten de manera exponencial.

Es habitual tener que “preparar” previamente los diferentes productos para garantizar su correcto consumo por parte de los usuarios. Así, se prefiere la vía oral para dicho consumo que se establece como la más conveniente y menos invasiva para la mayoría de los usuarios del centro¹⁵.

En ocasiones, para facilitar la administración, se modifica su forma farmacéutica, mediante la trituración de comprimidos o la apertura de cápsulas, alterando su estado original de dispensación y administración^{15,16}. Este proceso puede alterar la seguridad, eficacia y estabilidad¹⁰, alterando su efecto farmacológico. Además, mezclar estos medicamentos con otros o con alimentos para facilitar su deglución puede crear potenciales interacciones que afecten a la absorción y estabilidad del mismo¹⁵. El farmacéutico responsable, será el encargado de velar por la seguridad de estos procedimientos, así como de garantizar que el personal del centro posee la información y formación necesaria y suficiente para poder utilizar los productos optimizando los resultados en la salud de los usuarios que se obtienen con ellos.

Otro aspecto importante a considerar son los errores en la administración de M, PS y DT. Por sus potenciales riesgos para la salud de los usuarios, es necesario registrar las circunstancias y fallos en el sistema de administración que han causado el error para aprender y tratar de evitar su aparición en el futuro¹⁴. En este sentido, la inclusión de un farmacéutico en el equipo asistencial del centro mejoraría la calidad del proceso de administración de M, PS y DT, disminuyendo la aparición de errores y problemas relacionados con el uso de los mismos¹⁷⁻¹⁹. El personal encargado de la administración deberá recoger toda la información posible sobre los problemas relacionados con su uso² y trasladarla al farmacéutico para que valore la necesidad de realizar algún cambio en los planes pautados al usuario. Además, el farmacéutico debe tener un papel proactivo en el control y seguimiento de la correcta administración, estableciendo diferentes guías con recomendaciones y pautas concretas para determinados medicamentos, productos sanitarios y dietoterapéuticos, bien sea por su novedad o por su complejidad, seguido del establecimiento de controles aleatorios que evalúen el cumplimiento de las medidas expuestas.

Es igualmente importante actualizar y modificar los medicamentos, productos sanitarios y dietoterapéuticos acorde a los cambios que se produzcan en los planes farmacológicos de los usuarios o en caso de que se encuentren deteriorados²¹. El farmacéutico responsable velará para que así sea y registrará dichos cambios, siendo los profesionales sanitarios del centro los encargados de implementarlos.

Así, al igual que otros procesos, es fundamental disponer de procedimientos normalizados de trabajo, siendo responsabilidad del farmacéutico cumplimentar un registro actualizado de todas las acciones que influyan en el proceso de administración de los M, PS y DT, identificando los responsables y supervisores de las mismas para garantizar la máxima seguridad y eficiencia de los productos administrados.

Finalmente, se anotarán y se informarán todos los incidentes identificados tanto a la Comisión de Farmacia del centro como en las reuniones interdisciplinares con el objetivo de revisar el proceso y mejorar su calidad.

2.3. Procedimiento de conciliación de tratamientos

Este proceso consiste en la “comparación sistemática y protocolizada de la lista de productos utilizados por el usuario, antes y después de una transición entre niveles asistenciales, con el fin de identificar, clasificar, evaluar y resolver posibles discrepancias en coordinación con otros profe-

sionales implicados”²². Esta conciliación puede dirigirse a productos concretos, clases o familias de productos o dirigirse a interacciones específicas para optimizar el uso de los mismos³ Además este proceso ha demostrado ser el óptimo para reducir costes asociados al plan farmacológico de una persona y en su polimedicación sin perjudicar los beneficios en salud y calidad de vida que se obtenían con dicho plan^{2,3,7} y reduce reingresos hospitalarios, visitas a urgencias y la aparición de efectos adversos²⁰.

Los objetivos de la conciliación de tratamientos son:

- a. Detectar, identificar y tipificar discrepancias en la prescripción de productos.
- b. Aclarar y resolver esas discrepancias encontradas.
- c. Optimizar el uso y consumo de los recursos garantizando la seguridad y bienestar del usuario.

Para que el farmacéutico realice correctamente este servicio, en primer lugar, debe tener acceso a la historia clínica y plan farmacológico del usuario, en el momento del ingreso en el centro o en una transición entre niveles asistenciales, como en el momento de su revisión periódica o al producirse un cambio significativo en su estado. Con esta información se elaborará un listado completo de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos que tenga actualmente pautados. A continuación, se revisará exhaustivamente esa lista y, en caso de que la haya, la nueva lista de productos prescritos para identificar posibles discrepancias sin justificación aparente teniendo en cuenta la situación y perfil clínico del usuario que precisen de una aclaración adicional. Además, se puede aprovechar este proceso para hacer una revisión y optimización del gasto en M, PS y DT primando la elección del coste-efectivo, siempre y cuando tenga la misma eficacia demostrada en el tratamiento específico de las situaciones clínicas para el que fue prescrito.

Si no se identifican discrepancias injustificadas el proceso terminaría aquí. En el caso de identificar alguna discrepancia, se deben identificar entendiendo que pueden ser justificadas o no²².

Entre las justificadas figurarían:

- a. Decisiones médicas de no prescribir un producto o cambiar su dosis, frecuencia o vía de administración en base a la nueva situación clínica.
- b. Decisión médica de cambio posológico o de vía de administración de un medicamento en base a la nueva situación clínica.
- c. Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica.
- d. Sustitución terapéutica según las guías farmacoterapéuticas y/o los programas de intercambio terapéutico.

Por su parte, las discrepancias que requerirían aclaración son:

- a. Omisiones de productos.
- b. Diferentes dosis, vía de administración o frecuencia de un producto.

2. Funciones del farmacéutico en torno a los medicamentos (M), productos sanitarios (PS) y dietoterápicos (DT).

- c.** Prescripción incompleta.
- d.** Producto equivocado.
- e.** Inicio de tratamiento sin justificación clínica.
- f.** Duplicidad.
- g.** Interacción.
- h.** Mantenimiento de medicación contraindicada.

Una vez identificadas, se procederá a resolverlas comunicándolo al prescriptor correspondiente o en reunión de equipo interdisciplinar tal y como se indica en el proceso de revisión, validación y modificación de tratamiento. Una vez resueltas, se deben registrar los cambios actualizando el plan farmacológico del usuario.

3.

Funciones del farmacéutico en la gestión del Depósito de Medicamentos



3. Funciones del farmacéutico en la gestión del Depósito de Medicamentos

El titular de la Oficina de Farmacia o el jefe del servicio de Farmacia nombrará al farmacéutico que preste los servicios asistenciales en el centro residencial, que actuará tanto como encargado del Depósito, como responsable de la dispensación de sus productos y del resto de actividades de atención farmacéutica,

3.1. Procedimiento de almacenamiento, conservación, custodia y conservación de M, PS y DT en el centro

El farmacéutico es el responsable de optimizar el almacenamiento de M, PS y DT en el centro, eliminando los innecesarios, caducados o sobre los que hay alguna indicación por parte de las autoridades y organismos encargados de la seguridad farmacéutica. Para ello, elaborará una serie de pautas y recomendaciones a seguir por parte de los profesionales del centro para asegurar el adecuado almacenamiento y conservación de los productos en el centro¹. Este almacenamiento y conservación, además, deberá cumplir con los requisitos establecidos por la normativa vigente en cada centro (por ejemplo, almacenamiento de los productos debidamente identificados por usuarios).

Por otro lado, será necesario el establecimiento de los controles e instrumentos necesario para garantizar un correcto almacenamiento de estos productos en el centro, especialmente los que requieran un control de temperatura¹¹ o los que sean especialmente delicados.

Más en detalle las funciones del farmacéutico encargado de este proceso serán las siguientes²¹:

- a. Garantizar la correcta reposición, conservación, custodia y control de caducidades de los medicamentos y productos sanitarios para su aplicación en el centro, con especial atención a los medicamentos termolábiles, estupefacientes y, en general, a todos los productos que requieran unas condiciones de almacenamiento específicas.
- b. Retirar de manera inmediata los medicamentos afectados por alertas sanitarias, mediante el establecimiento, en su caso, de cuantos protocolos o medidas sean necesarios.
- c. Contar con una dotación de medicamentos y productos sanitarios que tenga en cuenta la tipología de usuarios del centro (así como las patologías más frecuentes) y que, a la vez, permita un sistema ágil de dispensación de tratamientos agudos y cambios de medicación (es fundamental disponer de estocaje de urgencias).

3.2. Procedimiento de gestión de la dotación de M, PS y DT (habituales y de urgencia) y su armonización (control del exceso, duplicidades, etc.)

Normalmente, la dispensación de M, PS y DT, como se ha indicado en el proceso correspondiente, se realiza bien de manera semanal o bien de urgencia.

En la primera se incluyen aquellos productos de uso habitual en el centro y se dispensan en formato de sistemas individualizados. Estos productos deben gestionarse con antelación suficiente para disponer siempre del número necesario de ellos.

En el segundo se incluyen los productos de uso puntual y de urgencia. En este sentido, es necesario disponer de un estocaje de urgencia en los centros para hacer frente a posibles imprevistos que se recomienda revisar, al menos una vez por semana. Especialmente importante es la planificación y revisión de este estocaje de cara a fines de semanas y festivos.

Por otro lado, se recomienda que el estocaje de urgencia esté debidamente documentado y sea de acceso fácil y, a la vez, controlado, por si es necesario acudir a él de urgencia y poder resolver la incidencia con celeridad y seguridad.

3.3. Procedimiento de gestión de residuos de M, PS y DT

Será función del farmacéutico responsable del Depósito asumir las responsabilidad de trasladar los residuos que puedan producir los M, PS y DT en el centro residencial, utilizando las bolsas que el SIGRE proporciona, dejando alguna en el centro para que se depositen en ella los M, PS y DT inservibles y caducados, envases vacíos, blísteres, etc.²⁴.

4.

Normativa relativa a la asistencia farmacéutica, dispensación y utilización de M, PS y DT en centros sociosanitarios



4. Normativa relativa a la asistencia farmacéutica, dispensación y utilización de M, PS y DT en centros sociosanitarios

4.1. Legislación estatal reguladora de la atención farmacéutica en centros sociosanitarios

- > Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- > Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

4.2. Legislación estatal reguladora de la atención sociosanitaria

La prestación de la atención sociosanitaria en España se encuentra regulada, con carácter general, en las siguientes leyes estatales:

- > Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 16/2003, de 28 de mayo.
- > Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- > Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- > Ley General de Salud Pública, 33/2011, de 4 de octubre.
- > Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 39/2006, de 14 de diciembre.
- > Reglamentos y normativas estatales de desarrollo de las anteriores leyes.
- > Normativas reguladoras aprobadas en las Comunidades Autónomas.

4.3. Legislación autonómica

4.3.1 Andalucía

- > Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía.
- > Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía.

4.3.2 Aragón

- > Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.
- > Decreto 286/2003, de 18 de noviembre se aprueba el Reglamento de los servicios de farmacia hospitalaria y los depósitos de medicamentos.
- > Decreto 92/2019, de 27 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la atención farmacéutica en los centros sociales de Aragón y se establece el modelo de gestión de la prestación farmacéutica para los usuarios con derecho a la misma.

4.3.4 Asturias

- > Ley del Principado de Asturias 1/2007, de 16 de marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica.
- > Decreto 17/2019, de 13 de marzo, por el que se establecen medidas de dispensación de determinados medicamentos en oficinas de farmacia y de conservación y custodia de sus recetas médicas.

4.3.4 Islas Baleares

- > Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares.
- > Decreto 39/2003, de 25 de abril, por el que establecen los requisitos y condiciones sanitarias de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en centros hospitalarios, penitenciarios y sociosanitarios, y se establece el procedimiento para su autorización.

4.3.5 Islas Canarias

- > Ley 4/2005, de 13 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.

4.3.6 Cantabria

- > Ley de Cantabria 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.

4.3.7 Castilla – La Mancha

- > Ley 5/2005, de 27-06-2005, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.
- > Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha.

4.3.8 Castilla y León

- > Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.

- > Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León.
- > Decreto 14/2019, de 16 de mayo, por el que se regula la atención farmacéutica en centros sociosanitarios y centros residenciales de carácter social para la atención a personas mayores ubicados en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

4.3.9 Catalunya

- > Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña.
- > Decreto 151/2017, de 17 de octubre, por el que se establecen los requisitos y garantías técnico-sanitarias comunes de los centros y servicios sanitarios.

4.3.10 Extremadura

- > Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura.

4.3.11 Galicia

- > Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.
- > Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia.
- > Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia.

4.3.12 La Rioja

- > Ley 8/1998, de 16 de junio, de ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

4.3.13 Madrid

- > Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.
- > Decreto 6/2006, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueban medidas para la mejora de la prestación farmacéutica a los pacientes crónicos.

4.3.14 Murcia

- > Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia (BOE 15 de octubre de 1997).
- > Decreto 2/2014, de 24 de enero, por el que se desarrolla la regulación de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos y productos sanitarios de los centros sociosanitarios de la Región de Murcia.
- > Decreto n.º 435/2009, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla la regulación de los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos y productos sanitarios de las estructuras sanitarias de atención primaria de la Región de Murcia y se regula el procedimiento de autorización.

4.3.15 Navarra

- > Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica.

4.3.16 País Vasco

- > Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
- > Decreto 29/2019, de 26 de febrero, sobre servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en las residencias para personas mayores ubicadas en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

4.3.17 Comunidad Valenciana

- > Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.
- > Decreto Ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de actuaciones urgentes de gestión y eficiencia en prestación farmacéutica y ortoprotésica.
- > Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria.
- > Resolución de 5 de julio de 2010, del director gerente de la Agencia Valenciana de Salud, mediante la que se dictan instrucciones para la ejecución del Decreto 94/2010, de 4 de junio, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria.

5. Bibliografía



5. Bibliografía

1. Alcade M, Crespo B, Hernández H. Implantación de un Modelo de Atención Farmacéutica Especializada en centros sociosanitarios Care Model in Nursing Homes. Rev OFIL. 2017;241-246. <http://www.revistadelaoafil.org/implantacion-modelo-atencion-farmaceutica-especializada-centros-sociosanitarios/>.
2. Halvorsen KH, Stadeløkken T, Garcia BH. A Stepwise Pharmacist-Led Medication Review Service in Interdisciplinary Teams in Rural Nursing Homes. Pharmacy. 2019;7(4):148. doi:10.3390/pharmacy7040148
3. Lee SWH, Mak VSL, Tang YW. Pharmacist services in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2019;85(12):2668-2688. doi:10.1111/bcp.14101
4. Peris-Martí JF, Fernández-Villalba E, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, Freire MGM. Reflection on the pharmaceutical service in nursing homes; understanding reality to cover needs. Farm Hosp. 2016;40(4):302-315. doi:10.7399/fh.2016.40.4.10430
5. Cornwell J. The care of frail older people with complex needs: time for a revolution | The King's Fund. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/care-frail-older-people-complex-needs-time-revolution>. Published 2012. Accessed October 13, 2020.
6. Fernández-Villalba EM, Gil-Gómez I, Peris-Martí JF, García-Mina Freire M, Delgado-Silveira E, Juanes-Borrego A. Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios en España. Farm Hosp. 2020;44(1):3-9. doi:10.7399/fh.11248
7. Kwak A, Moon YJ, Song YK, Yun HY, Kim K. Economic impact of pharmacist-participated medication management for elderly patients in nursing homes: A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(16). doi:10.3390/ijerph16162955
8. Al-Jumaili AA, Doucette WR. Comprehensive Literature Review of Factors Influencing Medication Safety in Nursing Homes: Using a Systems Model. J Am Med Dir Assoc. 2017;18(6):470-488. doi:10.1016/j.jamda.2016.12.069
9. Quintana Vargas I, Moreno Miralles A, Tomás Madrid M, Monleón Ruiz M, Montero Bau A, Peris Martí JF. Interdisciplinary approach to the management of medical supplies in the nursing home setting. Farm Hosp. 2017;41(4):497-507. doi:10.7399/fh.2017.41.4.10738
10. McDerby N, Kosari S, Bail K, Shield A, Peterson G, Naunton M. The effect of a residential care pharmacist on medication administration practices in aged care: A controlled trial. J Clin Pharm Ther. 2019;44(4):595-602. doi:10.1111/jcpt.12822

11. Cantudo-Cuenca MR, Cantudo-Cuenca MD, Muñoz-Cejudo BM, Huarte-Mendicoa JC. Variability of pharmaceutical provision to nursing homes from hospital pharmacy services. *Farm Hosp*. 2019;43(3):82-86. doi:10.7399/fh.11104

12. James KL, Barlow D, McCartney R, Hiom S, Roberts D, Whittlesea C. Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. *Int J Pharm Pract*. 2009;17(1):9-30. doi:10.1211/ijpp/17.1.0004

13. Thomson MS, Gruneir A, Lee M, et al. Nursing time devoted to medication administration in long-term care: Clinical, safety, and resource implications. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(2):266-272. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02101.x

14. Bowers BJ, Luring C, Jacobson N. How nurses manage time and work in long-term care. *J Adv Nurs*. 2001;33(4):484-491. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01686.x

15. Mc Gillicuddy A, Crean AM, Sahm LJ. Older adults with difficulty swallowing oral medicines: A systematic review of the literature. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016;72(2):141-151. doi:10.1007/s00228-015-1979-8

16. Manrique YJ, Lee DJ, Islam F, et al. Crushed tablets: Does the administration of food vehicles and thickened fluids to aid medication swallowing alter drug release? *J Pharm Pharm Sci*. 2014;17(2):207-219. doi:10.18433/j39w3v

17. Castelino RL, Bajorek B V., Chen TF. Targeting suboptimal prescribing in the elderly: A review of the impact of pharmacy services. *Ann Pharmacother*. 2009;43(6):1096-1106. doi:10.1345/aph.1L700

18. Gheewala PA, Peterson GM, Curtain CM, Nishtala PS, Hannan PJ, Castelino RL. Impact of the Pharmacist Medication Review Services on Drug-Related Problems and Potentially Inappropriate Prescribing of Renally Cleared Medications in Residents of Aged Care Facilities. *Drugs and Aging*. 2014;31(11):825-835. doi:10.1007/s40266-014-0208-y

19. Thiruchelvam K, Hasan SS, Wong PS, Kairuz T. Residential Aged Care Medication Review to Improve the Quality of Medication Use: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(1):87.e1-87.e14. doi:10.1016/j.jamda.2016.10.004

20. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JAE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(2). doi:10.1136/bmjopen-2015-010003

21. Arnáez B, del Arco J. Papel del farmacéutico en residencias de personas mayores. En XV Curso Online de Atención Farmacéutica de Ediciones Mayo. (2019).

22. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2019).
-
23. Peris Martí JF, Fernández Villalba E, García-Mina Freire M, Santos Ramos B, Albiñana Pérez MS, Delgado Silveira E, et al. Prestación farmacéutica especializada en centros sociosanitarios. Análisis de Situación y Propuesta CRONOS-SEFH. (2013). [Monography at Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. [accessed 13/10/2020]. Available at: http://www.sefh.es/sefhpdfs/dossier_CRONOS_2013.pdf
-
24. Arnáez B, del Arco J. Atención farmacéutica en residencias de personas mayores. Aula de la farmacia, 2008, 4(54), 29-36.
-



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos



Fundación

Edad & Vida



Manual de **Asistencia Farmacéutica** en Centros Residenciales **para Personas Mayores**

C/ Villanueva, 11, 3ª planta - 28001 Madrid
T. (+34) 91 431 25 60 | congral@redfarma.org
www.portalfarma.com