

Atención farmacéutica en un centro socio-sanitario

M. García-Mina Freire, T. Giménez Poderós¹, M. D. García Fernández², N. Martínez Velilla³,
J. J. Beloqui Lizaso², A. Arrondo Velasco²

Servicio de Farmacia. Residencia La Vaguada. Pamplona. ¹Hospital Valdecilla. Santander. ²Hospital de Navarra. Pamplona. ³Servicio de Geriátría. Hospital de Navarra. Pamplona

Resumen

Objetivo: Reflejar la actuación del servicio de farmacia, dentro del equipo multidisciplinar de la residencia, evaluando la mejora asistencial que reciben los residentes, incluyendo una mejor utilización de los medicamentos.

Método: Además de una guía farmacoterapéutica y un procedimiento normalizado de trabajo en el que se enumeran las sustituciones genéricas y terapéuticas que se van a realizar, se concretan determinadas intervenciones para asegurar el uso racional de los medicamentos e incrementar la calidad de los cuidados recibidos por los residentes de nuestro centro. Estas intervenciones serán realizadas por el equipo multidisciplinar del centro y se centran en el cuidado de los llamados síndromes geriátricos.

Resultados: Después de valorar los tratamientos de 125 pacientes y realizar un seguimiento de tres meses, se efectúan 10 intervenciones por paciente, diferenciando 4,74 intervenciones farmacéuticas y 5,26 enfocadas a incrementar la calidad asistencial.

Conclusiones: La presencia del servicio de farmacia en el equipo multidisciplinar asegura una mejor utilización de medicamentos y un sistema seguro de distribución. Su actuación contribuye a mejorar la calidad asistencial, destacando las intervenciones sobre el estado nutricional y la prevención y tratamiento de úlceras por presión.

Palabras clave: Geriátría. Atención farmacéutica. Intervenciones. Utilización de medicamentos.

Summary

Objective: To reflect the activity of the pharmacy department within the nursing home's multidisciplinary team, and to assess care improvements received by residents, including a better use of drugs.

Method: In addition to pharmacotherapeutic guidelines and a standardized work procedure listing generic and therapeutic replacements to be implemented, selected procedures were specified in order to ensure a rational use of drugs and to increase the quality of care received by residents in our center. Such procedures will be performed by the center's multidisciplinary team and will focus on caring for so-called geriatric syndromes.

Results: After an assessment of treatments for 125 patients and a 3-month follow-up, 10 interventions per patient were performed, out of which 4.74 were pharmacist interventions and 5.26 were to increase quality of care.

Conclusions: The presence of the pharmacy department within the multidisciplinary team ensures a better use of drugs and a safe delivery system. Its activity contributes to improve quality of care, most notably procedures regarding nutritional status, and the prevention and treatment of pressure ulcers.

Key words: Geriatrics. Pharmaceutical care. Procedures. Drug use.

García-Mina Freire M, Giménez Poderós T, García Fernández MD, Martínez Velilla N, Beloqui Lizaso JJ, Arrondo Velasco A. Atención farmacéutica en un centro socio-sanitario. *Farm Hosp* 2005; 29: 312-317.

Recibido: 25-11-2004
Aceptado: 08-10-2005

Correspondencia: María García-Mina Freire. Servicio de Farmacia. Residencia La Vaguada. C/ Monasterio de Irache, 76. 31011 Pamplona. E-mail: farmacia@seresgerma.com

INTRODUCCIÓN

La Vaguada es el primer centro sociosanitario en Navarra con servicio de farmacia, fruto de la aplicación de la Ley Foral 12/2000 de Atención Farmacéutica.

El Servicio de Prestaciones Farmacéuticas del Servicio Navarro de Salud reembolsa mensualmente el importe de los medicamentos y productos sanitarios financiados adquiridos por el servicio de farmacia, así como un porcentaje de los gastos de personal y del funcionamiento del mismo.

También hay que tener en cuenta que los riesgos de hospitalización en pacientes ancianos son: mayor mortalidad, incremento del deterioro funcional¹, incremento de la vulnerabilidad del organismo² haciendo mayor la dependencia, de ahí la importancia de tratar en los centros socio-sanitarios las reagudizaciones menos graves para evitar la hospitalización y no contribuir a aumentar su fragilidad.

En diferentes trabajos se ha estudiado la prescripción en medios geriátricos residenciales y las conclusiones son una llamada de alerta urgente para trabajar en este terreno¹⁻³. Por ejemplo, en un estudio de la calidad de prescripción de nueve hospitales en Australia, las conclusiones fueron que existían muchas deficiencias como: historia clínica incompleta, pluriprescripción no justificada, selección inapropiada de medicamentos, errores en la dosificación y muchos diagnósticos sin tratar⁴. Un trabajo de la Universidad de Washington concluyó que el 22% de los pacientes estudiados tomaba medicamentos contraindicados en este grupo de población⁵.

El proyecto ACOVE (*"Assesing care of vulnerable elders"*)^{6,7} estudia los indicadores de calidad del cuidado que reciben los mayores de 65 años, y concluye que la atención que se presta a los síndromes geriátricos es insuficiente comparada con la que se recibe para las condiciones generales comunes de la población adulta en general.

En este trabajo se ha intentado abordar los síndromes geriátricos, que se definen como síntomas frecuentes originados por diferentes patologías y por circunstancias propias del envejecimiento y que inciden en la calidad de vida del anciano. Entre estos síndromes se encuentran: inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y fecal, deterioro cognitivo, trastorno depresivo, *delirium*, malnutrición y estreñimiento.

La presencia de farmacéuticos en los centros socio-sanitarios es un paso de los muchos que hay que plantear, para que sea posible acceder de forma estable y sostenida a la prestación farmacéutica de este colectivo, mayores de 65 años, que en el año 2005 representará el 22% de la población europea⁸. Es necesario demostrar que la validación de los tratamientos permite detectar PRM, que causan un alto porcentaje de la mortalidad y morbilidad de esta población y que son fácilmente evitables⁹⁻¹², así como el ahorro económico consecuencia de una mejor utilización de los medicamentos y de la gestión de adquisiciones.

Este trabajo refleja la contribución del servicio de farmacia, trabajando en el equipo multidisciplinar que realiza la atención integral a los residentes y evalúa su mejora asistencial, después de la aplicación de las intervenciones planificadas.

MÉTODO

El estudio se realizó en una residencia geriátrica de 159 plazas asistidas durante 3 meses. La edad media de los residentes fue de 85 años, en su mayoría pacientes dependientes, con enfermedades crónicas, polimedicados, con

gran morbilidad y mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos. El sistema de distribución de medicamentos es por dosis semanal divididas en desayuno, comida y cena. El farmacéutico valida las órdenes médicas de tratamiento que se realizan. La prescripción es electrónica.

El trabajo fue realizado de manera prospectiva entre enero del año 2003 y junio de 2004, recogiendo los datos desde el ingreso de cada residente hasta tres meses después. Para realizar el seguimiento se establecieron los protocolos que se enumeran en la tabla I. Así mismo se protocolizaron sustituciones genéricas y terapéuticas para ser aplicadas directamente por el servicio de farmacia en los siguientes grupos terapéuticos:

- Antihistamínicos H-2.
- Inhibidores de la bomba de protones.
- Heparinas.
- Ácido fólico.
- Hipolipemiantes.
- Nitritos y relacionados.
- Inhibidores del sistema renina-angiotensina.
- Bloqueantes de receptores de angiotensina II.
- Diuréticos.
- Vasodilatadores cerebrales y periféricos.
- Quinolonas.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Antirreumáticos y antiinflamatorios tópicos.
- Expectorantes y mucolíticos.
- Antihistamínicos vía sistémica solos.

Algunos aspectos relacionados con el uso de medicamentos se evaluaron especialmente: insomnio, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, normalmente asociada a la utilización de diuréticos, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos, sedantes, hipnóticos, analgésicos narcóticos, bloqueantes alfa-adrenérgicos, agonistas alfa-adrenérgicos, agonistas beta-adrenérgicos, bloqueantes del calcio y alcohol. Es importante señalar que los pañales representan alrededor del 30% del gasto farmacéutico de cualquier centro geriátrico¹³. La inestabilidad y las caídas, el estreñimiento asociado a la utilización de anticolinérgicos, opioides, anti-parkinsonianos, antiácidos y antidepresivos tricíclicos y la detección de úlceras por presión en el ingreso y durante el seguimiento. Por último se valoró el estado nutricional.

La mejora asistencial se evaluó calculando el número de intervenciones realizadas por paciente, especificando por un lado las que contribuyen directamente a mejorar la utilización de medicamentos y por otro las que realiza el resto del equipo en la atención integral de los residentes. En el registro que se realiza de las mismas se especifica su resolución y si son o no aceptadas por el médico prescriptor.

RESULTADOS

Se incluyeron 125 pacientes.

Se realizaron 1.258 intervenciones, 10 intervenciones por paciente. De ellas, 592 fueron realizadas directamente por el

Tabla I. Clasificación de intervenciones protocolizadas desde la comisión de farmacia y terapéutica

<i>I. Intervenciones del servicio de geriatría</i>	
1.	Vacunación de la gripe y pneumococo
2.	Diagnósticos sin tratar
3.	Nuevos diagnósticos realizados en el ingreso + prescripción de nuevos tratamientos en base a los diagnósticos
4.	Depresión sin tratamiento
<i>II. Intervenciones realizadas por geriatría-enfermería-terapeutas ocupacionales-gerocultores y fisioterapeutas</i>	
5.	Deterioro cognitivo sin diagnosticar o diagnosticado pero sin tratamiento
6.	Trastornos del sueño
7.	Valoración de la incontinencia y del uso de absorbentes
8.	Valoración de movilidad y dependencia
<i>III. Intervenciones realizadas por geriatría-enfermería y farmacia</i>	
9.	Valoración de las úlceras por presión y su tratamiento
10.	Valoración del estado nutricional
<i>IV. Intervenciones del servicio de farmacia</i>	
11.	Sustituciones genéricas
12.	Sustituciones terapéuticas
13.	Suspensión de medicamentos de baja utilidad terapéutica (UTB)
14.	Errores en la posología y en la forma de administración
<i>V. Intervenciones realizadas por geriatría y farmacia</i>	
15.	Suspensión de medicamentos no necesarios y duplicidades sin justificación
16.	Estudio de la utilización de medicamentos del sistema nervioso central: antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas
17.	Utilización de laxantes
18.	Prevención de accidentes cerebrovasculares: primaria y secundaria
19.	Reacciones adversas
20.	Interacciones

servicio de farmacia, suponiendo 4,74 intervenciones farmacéuticas por paciente (tabla I: tipos IV y V) y 666 intervenciones fueron realizadas por el equipo multidisciplinar, 5,26 intervenciones por paciente (tabla I: tipos I, II y III).

La aceptación global media de las intervenciones realizadas ha sido del 96% (Tabla II).

En primer lugar se describen las intervenciones correspondientes a los puntos IV y V de la tabla I. El número medio de medicamentos por paciente fue 5,4, pasando a 5,9 a lo largo del estudio, esto se relaciona con una media de 0,45 diagnósticos que no tenían tratamiento en el momento del ingreso y con 2 nuevos diagnósticos por residente que se hicieron durante los tres meses de seguimiento. Los nuevos diagnósticos fueron síndromes geriátricos: estreñimiento, déficit visual y auditivo y degeneración articular (artrosis), hipertensión y cuadros conductuales de la demencia. Un 39% de los residentes tenía diagnosticada hipertensión, y como nuevo diagnóstico se constató en un 15% más.

Se suspendieron 312 medicamentos, lo que supone una media de 2,5 medicamentos por residente. En la tabla III,

Tabla II. Intervenciones del servicio de farmacia

Tipo de intervención	N	%	% de aceptación
	592		
Sustituciones genéricas	79	13,34	100
Sustituciones terapéuticas	61	10,33	100
Suspensión UTB	32	5,4	100
Error posología y administración	12	2,03	96,66
Suspensión medicamentos	280	47,3	70
Medicamentos SNC	22	3,72	95
Utilización de laxantes	25	4,22	100
Prevención cardiovascular	14	2,36	100
Reacciones adversas	58	9,8	100
Interacciones	9	1,52	100

Tabla III. Medicamentos suspendidos: grupos terapéuticos

Grupo terapéutico	% medicamentos suspendidos	% de subgrupos terapéutico más frecuentes
Total: 312		
<i>Sistema nervioso (n = 108)</i>	34,93	40,37 benzodiacepinas 24,77 antipsicóticos 21,1 antidepresivos 5,5 antiparkinsonianos 4,59 antidemencia
<i>Sistema cardiovascular (n = 75)</i>	24,5	37,97 antihipertensivos 24,05 diuréticos 13,92 psicoestimulantes y nootrópicos 10,13 glucósidos digitales
<i>Aparato digestivo (n = 50)</i>	15,89	31,25 laxantes 27,08 antiácidos (50% inhibidor bomba de protones y 50% anti H2) 10,41 propulsivos 10,41 suplementos de potasio
<i>Sangre y órganos hematopoyéticos (n = 22)</i>	7,28	50 antiagregantes, excluyendo heparinas 40,9 preparados con hierro
<i>Aparato respiratorio (n = 16)</i>	5,45	82,35 adrenérgicos y combinaciones contra padecimientos obstructivos vías respiratorias 17,65 corticoides orales, con la mínima indicación
<i>Antiinflamatorios no esteroideos (n = 18)</i>	5,78	
<i>Órganos de los sentidos (n = 7)</i>	2,24	
<i>Tratamiento enfermedades óseas (n = 6)</i>	1,92	
<i>Antiinflamatorios no esteroideos tópicos (n = 4)</i>	1,28	
<i>Antiinfecciosos, uso sistémico (n = 3)</i>	0,96	
<i>Hipertrofia benigna de próstata (n = 3)</i>	0,96	

se muestran los grupos terapéuticos implicados. De estos, 32 medicamentos se consideraron de baja utilidad terapéutica (UTB) (Tabla IV). De los nuevos medicamentos prescritos el 98,68% fue de alta utilidad terapéutica.

Tabla IV. Medicamentos de baja utilidad terapéutica: grupos terapéuticos

Grupo terapéutico	% medicamentos suspendidos
Total: 63	
Psicoestimulantes y nootrópicos (n = 39)	62,5
Mucolíticos (n = 10)	15,62
Estabilizadores de capilares (n = 8)	12,5
Antiinflamatorios no esteroideos tópicos (n = 4)	6,25
Vitaminas (n = 2)	3,2

Se realizaron 79 sustituciones genéricas y 61 terapéuticas para adecuar los tratamientos a la GFT del centro.

En doce ocasiones se corrigieron errores en la posología, un 83,3% de las veces los errores se detectan en el tratamiento que tenían los residentes en su domicilio y el resto durante los tres meses de seguimiento.

Durante el periodo de seguimiento se informó a enfermería en 30 ocasiones de errores en la administración de medicamentos por triturar especialidades no aptas para ello, por eso se elaboró una guía de administración de medicamentos por vía oral.

Respecto a las áreas clínicas de intervención, seguidamente se detallan las más importantes.

Un 56,6% de los residentes tomaban benzodiacepinas en su domicilio, después de la intervención el porcentaje bajó a 48,8%. Las intervenciones consiguieron suspender benzodiacepinas de vida media larga como el clorazepato o que causan mucha dependencia como el alprazolam. En el 49% de estos casos, se suspendieron las benzodiacepinas progresivamente y no fue necesario pautar una sustitución.

Un 27,2% de los residentes tenía prescrito algún antipsicótico, sólo un 88,24% se adecuaba a las indicaciones aprobadas, después de la intervención la adecuación fue del 100%. Se pautaron antipsicóticos a un 16% más de los residentes, en la mayoría de los casos risperidona y sólo en dos casos haloperidol.

El 40% de los tratamientos revisados, 50 residentes, tomaba laxantes habitualmente antes de vivir en el centro, durante los tres meses de seguimiento se suspendieron un 10% de los que lo tomaban de forma continua, pero también se tuvieron que prescribir a 37 residentes más, un 29,6% del total, quedando un 60% de los residentes del centro con algún laxante en su tratamiento al

final de este estudio. Sobre este porcentaje se realizó un estudio para sustituir el uso de laxantes habituales por suplemento de fibra en polvo que se añadía a las comidas¹⁴, el resultado fue claramente positivo, se redujo un 34% el consumo de lactulosa y un 53% el de enemas, aumentando muy poco el gasto total, incluyendo tiempos de enfermería y, sin embargo, aumentando considerablemente la calidad de vida de los residentes. A pesar del resultado positivo del estudio no se pudo introducir la fibra en la GFT por no estar financiada y se volvió al protocolo establecido con la utilización de lactulosa, plantago y enemas cuando fuera necesario.

Un 36% de los residentes tenía prescrita medicación como prevención de accidentes cardiovasculares en su domicilio. Este porcentaje se elevó a un 47,2% después de los tres meses de seguimiento. De ellos, un 85,7% prevención primaria y el resto secundaria.

Se detectaron 58 reacciones adversas con significación clínica en el momento del ingreso (Tabla V).

Tabla V. Reacciones adversas con significación clínica: grupos implicados

Grupo terapéutico	Nº de reacciones 58	Descripción
<i>Antidemencia</i> Donezepilo, galantamina, rivastigmina, memantina	14	53,8% digestivas 30,76% neurológicas 15,38% dermatológicas
<i>Antipsicóticos</i> Risperidona, quetiapina, haloperidol	11	Trastorno de la marcha
<i>Diuréticos</i> Espironolactona, furosemida, amilorida-hidroclorotiazida	5	Hipopotasemia
<i>Antidepresivos</i> Citalopram, trazodona, mirtazapina	5	Sequedad de boca
<i>AINE</i> Acetilsalicílico, ibuprofeno	4	Dolor abdominal Hemorragia digestiva
<i>Analgésicos opioides</i> Fentanilo	4	Vómitos y confusión
<i>Benzodiacepinas</i> Lormetazepam, bromazepam	3	Mareo y trastorno de la marcha
<i>Betabloqueantes</i> Atenolol	3	Hipotensión
<i>Antiinfecciosos</i> Amoxiclavulánico, levofloxacino	3	Diarrea
<i>Carbamacepina</i>	2	Anemia y prurito
<i>Laxantes, incluidos enemas</i> Lactulosa, Enema Cassen®	2	Síncope vagal
<i>Inhibidores de la angiotensina</i> Enalapril	2	Hipotensión Tos

Se notifican 9 interacciones con significación clínica importante. Un 77,78% de las mismas, es decir, 7 interacciones, estaban causadas por asociación de medicamentos del sistema nervioso central.

Un 33,6% de los ingresos tenía diagnosticada depresión (42 residentes), se diagnosticó en 11 casos más. Con lo que, finalmente, el 42,4% de los residentes presentaba depresión. Estos 11 residentes se beneficiaron del tratamiento adecuado. Es importante resaltar que un 27,7% de las depresiones diagnosticadas después del ingreso estaban asociadas a hipotiroidismo.

El deterioro cognitivo estaba diagnosticado en un 49,6% de los residentes antes del ingreso. Después del seguimiento, el porcentaje de deterioro diagnosticado aumentó hasta el 59,2%.

El porcentaje de residentes con trastornos del sueño se mantuvo antes y después de la intervención en un 52,8% teniendo en cuenta que un tercio de los residentes tienen demencia con trastornos conductuales.

Un 44,8% de los residentes tenía diagnosticada incontinencia urinaria al ingreso. Este porcentaje se elevó al 70,4% después de la valoración en nuestro centro, el 75% es incontinencia mixta.

En el momento del ingreso 15 residentes, un 12%, presentaban úlceras por presión que requerían tratamiento, aunque sólo en 6 casos estaban siendo tratadas en su domicilio, es decir, que el 60% de las úlceras habían pasado desapercibidas y por tanto no tratadas antes del ingreso. Los 15 pacientes presentaban parámetros de desnutrición. Al final del estudio, el porcentaje de residentes con úlceras bajó al 10%.

El 32% de los residentes ingresó con unos parámetros indicativos de mal estado nutricional. Después de la intervención el porcentaje bajó a 18,87%.

DISCUSIÓN

Como la redacción de este trabajo fue iniciativa del servicio de farmacia, se fijó el tiempo del estudio en tres meses ya que uno de los principales objetivos era valorar la utilización de medicamentos de los residentes en su domicilio, en vista de los resultados sería interesante ampliar el periodo para poder obtener resultados concluyentes en campos tan importantes como el cuidado de las úlceras y el estado nutricional.

El número de intervenciones realizadas es elevado, valor que está relacionado con las características de esta población: dependientes, con enfermedades crónicas, polimedicados, con gran morbilidad y mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos, lo cual concuerda con otros estudios de prescripción en medios geriátricos y ACOVE^{6,7}.

El número medio de medicamentos por paciente, cercano a seis, es habitual en los medios residenciales con plazas asistidas.

Los grupos de medicamentos suspendidos en mayores porcentajes representan las patologías más frecuentes de los ancianos. Nuestra experiencia constata que los pacientes con demencia llevan más medicación en su domicilio por lo difícil que resulta su manejo para el personal cuidador y lo complicada que es su atención.

El porcentaje de medicamentos de valor intrínseco farmacológico elevado prescritos supera el 87,8% recomendado por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)¹³.

Las reacciones adversas en el anciano son en su mayoría predecibles y, por tanto, evitables, este es un gran campo de trabajo^{15,16}. Destacan las reacciones adversas causadas por el grupo antidemencia y que muchas veces impiden llegar a la dosis recomendada para optimizar el resultado. El trastorno de la marcha causado por antipsicóticos aumenta el riesgo de caídas, síndrome geriátrico de negativas consecuencias, también están implicados: beta-bloqueantes, analgésicos opioides y benzodiazepinas. La mayoría de interacciones con significación clínica descritas en los resultados tendrían como consecuencia un aumento de la sedación, aumentando también el riesgo de caídas.

El insomnio afecta casi al 50% de los ancianos que viven en sus domicilios, alcanzando al 65% de los que viven en medios residenciales¹⁷. Para el tratamiento del insomnio son de elección benzodiazepinas de vida media corta y rápido comienzo de acción. Se debe tener precaución con la utilización de benzodiazepinas en pacientes con demencia, por el deterioro cognitivo que provocan. En estos pacientes es de elección el clometiazol, por su efecto hipnótico, y algunos antidepresivos con alto efecto sedante, como la mirtazapina o la trazodona. En nuestro caso las benzodiazepinas prescritas son hipnóticos y sólo están prescritos el diazepam en un caso, como medicación intercurrente por su efecto como relajante muscular, y el bromazepam en dos residentes para el tratamiento de la ansiedad. Estos tratamientos estaban instaurados antes del ingreso y no se han querido modificar por el servicio de geriatría.

La adecuación de la prescripción de antipsicóticos a las indicaciones aprobadas cobra más importancia después de las comunicaciones sobre su seguridad en mayores de 65 años.

Es importante el diagnóstico y tratamiento de la depresión dada su alta incidencia en pacientes institucionalizados, sobre todo en el periodo de adaptación, momento que hay que cuidar en todos los aspectos porque si es la única alternativa del residente para su cuidado no se puede fracasar.

La importancia del diagnóstico de las demencias en estadios tempranos está relacionada con la prescripción de fármacos en fases iniciales junto con medidas no farmacológicas de estimulación cognitiva.

La incontinencia urinaria fue declarada por la OMS como enfermedad por sus importantes efectos sobre la salud y la calidad de vida. Se calcula que más del 15% de los ancianos padece este trastorno¹⁷⁻²¹. En residencias tie-

ne una prevalencia del 40 al 80%. Nuestro resultado, 70,4%, corresponde al perfil de plazas asistidas.

La incidencia de úlceras por presión en residencias va del 2,2 al 23,9%. Lo ideal es que sea menor del 2%. Estudios revisados constatan que no todas las úlceras son prevenibles^{22,23}. Después de la intervención nuestro 10% ocupa un lugar intermedio.

Hay que resaltar la importancia del diagnóstico y tratamiento de la hipertensión, porque un mal control de la misma supone no sólo factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares sino que también favorece el desarrollo de demencia en ancianos²⁴.

Para los residentes que presentan desnutrición mode-

rada o severa, se solicitó al departamento de salud la financiación de dietas enterales completas, aunque el paciente no tuviera sonda, para prescribirlas como suplemento. Como esta indicación no está reflejada en la orden ministerial del 2 de junio de 1998 que regula la financiación, se ha presentado un informe en el servicio de prestaciones farmacéuticas para que se valore la modificación del anexo I de esta Orden Ministerial, en el que no se contempla la posibilidad de financiar nutrición enteral sin sonda a pacientes con trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito, cuadro muy frecuente en los pacientes afectados por algún tipo de demencia.

Bibliografía

1. Fahley T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J. Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ* 2003; 326: 580.
2. Rojas-Fernández C. Inappropriate medications and older people: has anything changed over time? *Ann Pharmacother* 2003; 37: 1142-4.
3. Sloane PD, Zimmerman S, Brown L, Ives T, Walsh J. Inappropriate medication prescribing in residential care/assisted living facilities. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1001-11.
4. Elliott RA, Woodward M, Osborne C. Quality of prescribing for elderly inpatient at nine hospitals in Victoria, Australia. *J Pharm Pract Res* 2003; 33: 101-5.
5. Gray SC, Hedrik S, Rhinard E, Sales A, Sullivan JH, Tornatore JB, et al. Potentially inappropriate Medication use in community residential care facilities. *Ann Pharmacotherapy* 2003; 37: 988-93.
6. Wenger NS, Solomon D, Roth C, Mac Lean C, Sliba D, Kamberg C, et al. The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients. *Ann Intern Med* 2003; 139: 740-7.
7. Reuben AB, Roth C, Kamberg C, Wenger S. Models and systems of geriatric care (ACOVE-2). *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1787-93.
8. García Ruiz JA, Martos Crespo F, Sánchez de la Cuesta F. Unidad de farmacoeconomía e investigación de resultados en salud del departamento de farmacia y terapéutica clínica. Gasto farmacéutico y universidad en las comunidades autónomas, ¿gastos complementarios o sustitutos? Universidad de Málaga. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=1932
9. Sweeney MA. Physician pharmacist collaboration: a millennial paradigm to reduce medication errors. *J Am Osteopath Assoc* 2002; 102: 678-81.
10. Cafiero AC. Reducing medication errors in a long-term care setting. *Annals of long-term care* 2003; 11: 29-35.
11. Peyriere H, Cassan S, Floutard E, Riviere S, Blayac JP, Hillaire-Buys D, et al. Adverse drug events associated with hospital admission. *Ann Pharmacother* 2003; 37: 5-11.
12. Jornet S, Canadell L, Calabuig M, Riera G, Vuelta M, Bardaji A, et al. Detección y clasificación de errores de medicación en el hospital universitario Joan XXIII. *Farm Hosp* 2004; 28: 90-6.
13. Peláez J. Estudio multicéntrico desarrollado en Cataluña en 107 residencias de Barcelona Norte y Maresme, 2002. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/omc_soc_ext.php?idreg=365
14. Martínez Velilla N, García-Mina Freire M, Mendoroz Iriarte M, Salvatierra Quintana O, Jiménez Requena MJ. Effects of fibre supplementation versus traditional laxatives in the elderly. Vth European Congress of Gerontology, 2003, 2-5 July, Barcelona.
15. Gurwitz J, Field T, Harrold L, Rthschidl J, Debellis K, Seger A, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003; 289: 1107-16.
16. Majumdar S, Sourmerai S. Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work. *CMAJ* 2003; 169: 30-1.
17. Morgan JD, Wright D, Chrystyn H. Pharmacoeconomic evaluation of a patient education letter aimed at reducing long-term prescribing of benzodiazepines. *Pharm Wordl Sci* 2002; 24: 231-5.
18. Lee S, Phanumus D, Fields S. Urinary incontinence. A primary care guide to managing acute and chronic symptoms in older adults. *Geriatrics* 2000; 55: 65-71.
19. Malone DC, Okano G. Treatment of urge incontinence in veterans affairs medical centers. *Clin Ther* 1999; 21: 867-77.
20. Moore K. The cost of urinary incontinence. *Med J Aust* 2001; 174: 436-7.
21. Merkey I. Urinary incontinence in the elderly. *Sout Med J* 2001; 94: 952-7.
22. Lyder C. Pressure ulcer prevention and management. *JAMA* 2003; 289: 223-6.
23. Thomas DR. Are all pressure ulcers avoidable? *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4 (Supl. 2): S43-8.
24. Martell N. Estudio sobre el control de la presión arterial en ancianos y su influencia en el deterioro cognitivo y funcional de los ancianos. Sociedad Española de Médicos de Residencias Geriátricas (SEMER). Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/omc_soc_ext.php?idreg=1674