



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

Titulo

RESULTADOS DE LA CAMPAÑA DE REVISIÓN DE BOTIQUINES DOMÉSTICOS DE PERSONAS INCLUIDAS EN PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL, POR LOS FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores

Villafaina Barroso Antonio *; Salgado Morcillo Rosa M^a **; Iglesias Torrecilla Eva M^a ***.

* Lic. en Farmacia; Farmacéutico de Atención Primaria en San Vicente de Alcántara.

** Lic. en Farmacia; Farmacéutica de Atención Primaria en San Vicente de Alcántara.

*** Diplomada en Trabajo Social; Trabajadora Social en San Vicente de Alcántara.

Servicio Extremeño de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Consejería de Bienestar Social Junta de Extremadura, Excmo. Ayto. de San Vicente de Alcántara.

Autor Responsable

ANTONIO VILLAFAINA BARROSO

Palabras Clave

Revisión Botiquines Domésticos, Ayuda a domicilio

Introducción

La Constitución Española(1), en su artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de su salud, y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La Ley 25/1990 del Medicamento(2), en su Capítulo III del Uso Racional de Medicamentos en la Atención Primaria a la Salud, en su artículo 87: Funciones para garantizar el Uso Racional del Medicamento en la Atención Primaria, recoge en el punto C, "Información sobre la medicación a los pacientes, seguimiento de los tratamientos y farmacovigilancia".

Por otra parte el plan de salud de Extremadura 2001-2004(3) en sus objetivos relacionados con los problemas asociados al envejecimiento expone "el Desarrollo y ejecución de programas específicamente dirigidos a problemas y situaciones que causan en la actualidad un importante impacto sociosanitario", para lo que converge con el Plan de Atención a Personas Mayores de Extremadura 2001-2005(4).

La mayoría de la población beneficiaria de los programas sociales de ayuda a domicilio son personas mayores que toman un elevado número de medicamentos, que generalmente, padecen alguna discapacidad física, y que no pocas veces tienen problemas sociales (soledad, falta de inquietudes, aburrimiento, etc.), la unión de estos factores da lugar a problemas relacionados con el mal uso de los medicamentos.

Por lo tanto se hacen necesarios programas que, desde los equipos de atención primaria a través de los servicios farmacéuticos de zona y desde los servicios sociales de base a través de los



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

trabajadores y educadores sociales intenten resolver estos problemas educando en el uso racional del medicamento y fomentando la integración y el desarrollo de inquietudes en las personas mayores.

Objetivo

OBJETIVOS.

Objetivos Generales:

- Educar en el conocimiento responsable para fomentar el uso racional de los medicamentos por parte de las personas beneficiarias de los programas sociales de ayuda a domicilio.

Objetivos Específicos:

- Comprobar el tipo de medicamentos que se encuentran en los botiquines.
- Comprobar el conocimiento de la utilidad de los medicamentos disponibles en su botiquín por el usuario y el cumplimiento terapéutico según las pautas establecidas por su médico de familia.
- Retirar los medicamentos innecesarios y caducados de los botiquines, adecuando en número y en especialidades farmacéuticas a los botiquines supervisados según las patologías.
- Comunicar médico de familia los diversos problemas de salud relacionados con medicamentos que se pudieran haber apreciado a lo largo de la entrevista.
- Facilitar la integración de las personas mayores en las distintas actividades culturales y deportivas organizadas colaborando con los servicios sociales de base.

Metodos

METODOLOGÍA.

Ámbito de la campaña

La campaña se llevó a cabo en la localidad de San Vicente de Alcántara, tomando como actores principales los Servicios Sociales de Base y el Servicio Farmacéutico del Equipo de Atención primaria del Centro de Salud.

Población de la campaña

Todas las personas que se encontraban incluidas en el programa social de ayuda a domicilio, las personas que vivan en el mismo domicilio y las personas residentes en la Residencia de Mayores de San Vicente de Alcántara.

Quedarán excluidas aquellas personas que se nieguen a participar en el programa.

Periodo de estudio

La campaña tuvo un periodo de duración comprendido entre el 1 de Julio y el 15 de Agosto de



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

2004.

Método

Método de revisión.

Con las personas que se encontraban en el programa social de ayuda a domicilio, el farmacéutico del Centro de Salud se desplazaba a los domicilios coordinándose con los Servicios Sociales de la localidad para acompañar a las auxiliares de ayuda a domicilio que anunciaban la visita del farmacéutico a los beneficiarios del programa en días previos; una vez en los domicilios las trabajadoras presentaban al farmacéutico del centro de salud.

En la visita, el farmacéutico hacía constar en el documento Anexo 1 el nombre, la edad de la persona objeto del cuidado, el número de personas que vivían en el domicilio y su edad, el médico de cabecera de cada miembro de la familia; todos los medicamentos que se le mostraban, su principio activo, el grupo anatómico y si se conocía su utilidad y se cumplía el tratamiento.

Si el Anexo I no hubiese sido suficiente por el volumen de medicamentos, se añadían tantas hojas supletorias como fuesen necesarias (Anexo 1.1) que serán grapadas a la hoja inicial.

En el Anexo I se diferenciaban, mediante anotaciones en el apartado incidencias, el paciente motivo de la visita, incluido en el programa social de base, y los demás miembros que, por el motivo de convivir con tal persona, se incluyen en la campaña.

Se retiraban los medicamentos caducados, los tratamientos antibióticos sin terminar y todos los medicamentos que los pacientes no tomaban, a excepción de los analgésicos (si el paciente no quisiese que se les retirase los medicamentos, se hacía constar en el apartado incidencias del documento "SE NIEGA RETIRADA" abreviado "SNR"), así mismo se le preguntaba al paciente si reconocía para que le fue prescrito ese medicamento hecho que se registraba como "si conoce o no conoce"; se estimaba que conocía éste, si sabía su indicación y seguía las pautas de tiempo y dosificación correctamente; en el caso de que no las conociese se les explicaban para qué y por qué le fueron prescritos, las precauciones a tener en consideración con ese tratamiento y la manera correcta de tomarlo; la explicación se hacía siguiendo el Anexo II y de manera clara y sencilla con lenguaje llano adaptándonos a nuestro interlocutor.

En el documento Anexo I se hacían constar las distintas incidencias que se produzcan en cada medicamento (Si está en su tratamiento abreviado "EST", si se toma mal o no se toma, si se retira por caducidad etc.).

El documento (Anexo 1) una vez cumplimentado quedaba en poder del farmacéutico de atención primaria.

También se intentaba valorar el estado general de salud del paciente, su integración social, sus inquietudes, derivando en su caso al profesional correspondiente, esto se anotaba en el apartado de incidencias generales del Anexo I.

Distribución temporal del trabajo.

El trabajo se realizó respetando en todo momento, el trabajo habitual de los distintos servicios, el Farmacéutico de Atención Primaria que se coordinaba con la Trabajadora Social y con las distintas



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

trabajadoras del Programa de Ayuda a Domicilio para concretar las horas y los días en los que se realice la visita a los pacientes.

Análisis de datos:

Los datos obtenidos fueron registrados y analizados con ayuda del paquete Excel para Windows.

Resultados

RESULTADOS:

Se revisan botiquines en 26 domicilios de los 31 inscritos en el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) un 83,9% del total, en tres de los domicilios no conseguimos entrar por encontrarse ausentes las personas en el momento de la visita, en un caso se desestima la visita por no tener medicinas según las trabajadoras del Servicio de Ayuda Domiciliaria y en otro caso se nos niega la revisión del botiquín; en la residencia de ancianos se revisan los botiquines de todos los ancianos autónomos que controlan ellos sus medicinas 11 de los 20 usuarios de la residencia; en total se llega a un total de 72 personas de los cuales un 37,05% son hombres y un 62,95% son mujeres, la media de edad es de 76,14 años (73,6 en los domicilios y 79 en la residencia), en los domicilios viven una media de 1,9 personas.

Cada paciente toma una media de 6,4 medicamentos, se revisan una media de 7,5 medicamentos por persona en la residencia de ancianos y de 15,3 en los domicilios, se retiran una media de 4 medicamentos por domicilio y de 1,2 medicamentos por paciente en la residencia.

En cuanto al tipo de medicamentos revisados, por grupos y subgrupos tenemos en porcentajes de envases revisados lo siguiente:

GRUPO %

A: APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO 16,42

- A02. Fármacos para alteraciones relacionadas con la acidez 36,7 %
- A03. Fármacos para alteraciones funcionales gastrointestinales 10,1 %
- A06. Laxantes 6,3 %
- A07. Antidiarreicos, antiinfecciosos y antiinflamatorios intestin. 3,8 %
- A10. Antidiabéticos 31,6 %
- A12. Suplementos Minerales 7,6 %
- Otros A 3,8 %

B: SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYÉTICOS 4,57

- B01. Antitrombóticos 95,45 %
- B03. Antianémicos 4,55 %

C: APARATO CARDIOVASCULAR 23,7



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

- C01. Terapia Cardíaca 9,6 %
- C02. Antihipertensivos 0,9 %
- C03. Diuréticos 21,9 %
- C04. Vasodilatadores periféricos 7,0 %
- C05. Vasoprotectores 8,8 %
- C07. Beta-bloqueantes adrenérgicos 7,0 %
- C08. Bloqueantes de canales de Ca 10,5 %
- C09. Fármacos activos sobre sistema renina-angiotensina 19,3 %
- C10. Hipolipemiantes 14,9 %

D: TERAPIA DERMATOLÓGICA 4,16

- D01. Antifúngicos dermatológicos 25 %
- D02. Emolientes y protectores 10 %
- D03. Preparados para el tratamiento de heridas y úlceras 5 %
- D04. Antipruriginosos (incl. antihistamínicos y anestésicos) 15 %
- D06. Antibióticos y quimioterápicos de uso dermatológico 5 %
- D07. Corticosteroides tópicos 40 %

G: TERAPIA GENITOURINARIA (INCL. HNAS. SEXUALES) 1,25

- G03. Hormonas sexuales y moduladores genitales 16,7 %
- G04. Preparados urológicos 83,3 %

H: TERAPIA HORMONAL (EXCL. HNAS. SEXUALES) 2,08

- H02. Corticosteroides sistémicos 60 %
- H03. Terapia Tiroidea 30 %
- H05. Homeostasis del Calcio 10 %

J: TERAPIA ANTIINFECIOSA DE USO SISTÉMICO 1,87

- J01. Antibacterianos sistémicos 88,9 %
- J02. Antimicóticos sistémicos 11,1 %

L: TERAPIA ANTINEOPLÁSICA E INMUNOMODULADORES 0,62

- L01. Citostáticos 33,3 %
- L02. Terapia Endocrina 33,3 %
- L04. Inmunosupresores 33,3 %

M: SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO 8,73

- M01. Antiinflamatorios y antirreumáticos 66,7 %
- M02. Preparados tópicos para dolores musculares y articulares 28,6 %



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

- M03. Relajantes musculares 2,4 %
- M05. Preparados para el tratamiento de enfermedades óseas 2,4 %

N: SISTEMA NERVIOSO 25,36

- N02. Analgésicos 43,4 %
- N03. Antiepilépticos 4,1 %
- N05. Psicodélicos 31,1 %
 - o AD. Butirofenonas 2,6 %
 - o AH. Dia, Oxa, Tiatepinas 2,6 %
 - o AL. Benzamida 13,2 %
 - o AX. Otros 7,9 %
 - o BA. Benzodiacepinas 55,3 %
 - o BB. Difenilmetanos 5,3 %
 - o CD. Benzodiacepinas 7,9 %
 - o CF. Relac. Benzodiacepinas 5,3 %
- N06. Psicoanalépticos 19,7 %
- N07. Otros fármacos para el sistema nervioso 1,6 %

R: SISTEMA RESPIRATORIO 9,56

- R01. Preparados Nasales 6,5 %
- R02. Preparados Faríngeos 2,2 %
- R03. Medicamentos contra alteraciones obstructivas pulmonares 47,8 %
- R05. Preparados para la tos y el resfriado 34,8 %
- R06. Antihistamínicos sistémicos 8,7 %

S. ORGANOS DE LOS SENTIDOS 1,66

- S01 Oftalmológicos 100 %

Se desglosó también el grupo N05 debido a la importancia farmacoeconómica un 10,5 % corresponden a los subgrupos N05AH y N05AX y a los principios activos Risperidona y Olanzapina, de los cuales se retiraron algunos envases sin caducar que tendrían un valor de 304 €.

Se derivan al médico una media del 27,3 % de los casos un 22,2 % en los domicilios y un 36,4 % en la residencia de ancianos, la gran mayoría de estos casos son derivados por un mal uso del medicamento, aunque también existe algún caso en los que se estimó que podría existir alguna patología más grave (Fig.2).

Se derivan a los Servicios Sociales un 25,5 % de los casos un 21,6 % en los domicilios y un 36,4 % en la residencia de ancianos, principalmente se pretendió la integración de los ancianos en las actividades culturales y deportivas en 3 casos se consiguió la asistencia a clases de natación y 4 casos se inscribieron en las clases de alfabetización y un caso se inscribió en clases de gimnasia



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

para mayores (Fig. 3).

Se retiran el 23,9% de todos los medicamentos revisados (25,9% en domicilios y 13,8% en la residencia de ancianos) con grandes diferencias entre distintos grupos terapéuticos (Fig. 4).

Se desconoce 31,6% de todos los medicamentos revisados, (estimábamos que se conocía, si se sabía la indicación del medicamento y se tomaba correctamente) con pocas diferencias entre los usuarios de la residencia de ancianos y la visita a los domicilios; grandes diferencias entre grupos los más desconocidos R. Sistema Respiratorio con un 56,5% de desconocimiento, J: Terapia antiinfecciosa de uso sistémico con un 67% y S. Órganos de los sentidos con un 75%. (Fig. 5).

En general, la mayoría de los medicamentos retirados lo son por caducidad, por cambio de tratamiento anterior o por fallecimiento del paciente, los medicamentos no caducados retirados tendrían un valor de 950 €.

Por otra parte se retiraron también del botiquín general de la residencia de ancianos todos los medicamentos que no se estaban utilizando y los caducados, aunque no se incluyen éstos en los datos del estudio por no considerarse el botiquín de la residencia de ancianos botiquín doméstico, no obstante, los medicamentos no caducados retirados tendrían un valor de 611 €.

Conclusiones

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

Es necesario resaltar en este apartado la buena aceptación del programa tanto desde los distintos niveles profesionales como desde los pacientes y la importancia que tiene el echo de que el farmacéutico se desplace a los domicilios y a las residencias de la mano de alguien cercano al entorno de las personas mayores, como son las auxiliares del Servicio de Ayuda Domiciliaria.

Así mismo es preciso puntualizar que los medicamentos retirados generalmente, lo fueron, no por acumulación irresponsable de los pacientes sino por caducidad, por cambios de tratamientos anteriores o por fallecimiento de la persona que los tomaba.

Como conclusiones específicas resaltamos las siguientes:

- Existe un elevado numero de medicamentos en los domicilios de las personas beneficiarias del Servicio de Ayuda Domiciliaria, 15,3 envases de media, sobre todo de los Grupos Terapéuticos N (sistema nervioso), C (aparato cardiovascular) y A (aparato digestivo y metabolismo).

- Algo más de un cuarto de este conjunto de personas tiene una serie de problemas sociales (soledad, falta de iniciativa, etc.), que hacen necesaria la intervención urgente de los Servicios Sociales y de la comunidad, el conseguir integrar a estas personas en las distintas actividades organizadas redundaría en una mejora de su estado general de salud.

- Algo más de un cuarto de este conjunto de personas tiene una serie de problemas de salud que hacen necesaria la derivación al médico.



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

· Existe un elevado nivel de desconocimiento de los medicamentos con algunos Grupos Terapéuticos, especialmente del S (órganos de los sentidos), J (terapia antiinfecciosa) y R (aparato respiratorio), y un elevado número de medicamentos sin uso o caducados. Estos hechos nos inducen a pensar en la necesidad de elaborar y ejecutar campañas de información y formación hacia las personas beneficiarias del Servicio de Ayuda Domiciliaria y hacia las auxiliares del mismo.

Con los datos obtenidos y las situaciones observadas podemos afirmar que es muy necesario el desarrollo de programas sociales que integren, informen, formen, motiven y aprovechen el potencial de conocimiento y sabiduría de las personas mayores en general y de este grupo en particular. Sería muy interesante, por ejemplo, llevar a cabo acciones educativas en los colegios y los institutos que persigan, entre otros, estos objetivos. Nos va mucho en ello, nos jugamos la salud y el futuro.