

asistencia farmacéutica en residentes de extremadura para personas con discapacidad intelectual

[Medication Management in Homes in Extremadura for People with Intellectual Disability]

Francisco Rubio, M^a Teresa Alfonso y Antonio Piga



Universidad de Alcalá de Henares

resumen

Este artículo emana de una parte del contenido de una tesis doctoral que, con el mismo título, se leyó en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Alcalá de Henares en Octubre de 2007. Esta tesis doctoral tenía como uno de sus objetivos principales la mejora de la calidad de la asistencia farmacéutica en las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual y, para conseguirlo, se trabajó en tres áreas de actuación:

- Análisis de la situación en Extremadura de la asistencia farmacéutica en estos establecimientos.
- Proponer un modelo basado en la situación actual y en las prácticas en otros colectivos que uniformizase la asistencia farmacéutica en estas instituciones y mejorase su ejercicio.
- Discutir el modelo propuesto y su facilidad de aplicación a través de entrevistas con personas relacionadas con el mundo de la discapacidad intelectual y/o con el de la asistencia sanitaria y mediante una encuesta en la que participasen las residencias extremeñas para personas con discapacidad intelectual.

El resultado fundamental de este trabajo ha sido conseguir un “*Procedimiento de gestión y seguimiento de la medicación*” en las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual que se ha contrastado con el personal experto de estas instituciones, con profesionales sanitarios y con funcionarios de esta Comunidad Autónoma, sensibilizados todos ellos en la mejora de la atención a personas con discapacidad intelectual.

PALABRAS CLAVE: Asistencia farmacéutica, discapacidad intelectual, residencias, consumo de medicamentos, procedimientos.

summary

This article is based in a part of the content of a doctoral thesis that, under the same title "*Medication Management in Homes in Extremadura for People with Intellectual Disability*", was read in the Pharmacy Faculty of the University of Alcala in October 2007. One of the principal objectives of the doctoral thesis is the improvement in the quality of medication management in homes for persons with intellectual disability in the Extremadura region. To achieve this improvement, work was conducted in three areas:

- Study of the state of the medication management in care homes for people with intellectual disability in Extremadura.
- Proposal of a model, based on the current situation and on practices employed with other groups of patients, to make more uniform the medication management in these institutions and to improve it.
- Discussion of the proposed model and difficulties for applying it through interviews with professionals who work with people with intellectual disability and/or in areas of medical assistance, as well as by means of a survey sent to homes for persons with intellectual disability in Extremadura.

The main result of this work is a "*Procedure for Medication Management*" which has been examined by expert personnel in homes for people with intellectual disability, health professionals and regional government health officials, all of whom are interested in improving the assistance to persons with intellectual disability.

KEY WORDS: Medication management, intellectual disability, care homes, consumption of medicines, procedures.

introducción ■ ■ ■

Este artículo se corresponde con una parte del contenido de una tesis doctoral (Rubio, 2007) que, con el mismo título, se leyó en la Facultad de Farmacia de Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares) en Octubre de 2007. Esta tesis doctoral tenía como uno de sus objetivos principales de aplicación la mejora de la calidad de la asistencia farmacéutica en las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual, como modelo para contribuir a mejorar la calidad de vida y la autonomía de estos

pacientes. Para conseguirlo, se trabajó en tres áreas de actuación:

- Análisis de la situación en Extremadura de la asistencia farmacéutica en estos establecimientos.
- Proponer un modelo basado en la situación actual y en las prácticas en otros colectivos que uniformizase la asistencia farmacéutica en estas instituciones y mejorase el ejercicio de esta asistencia.
- Discutir el modelo propuesto y su facilidad de aplicación a través de entre-

vistas con personas relacionadas con el mundo de la discapacidad intelectual y/o con el de la asistencia sanitaria y mediante una encuesta en la que participasen las residencias extremeñas para personas con discapacidad intelectual.

muestra ■ ■ ■

Como muestra se han utilizado las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual. Hubo una primera aproximación a tres de ellas, que se consideraron representativas de la totalidad, con las que se realizó un análisis detallado de sus sistemas de gestión de medicamentos y del consumo de éstos que hacían sus residentes. Luego para validar el procedimiento de gestión de los medicamentos que se propone y valorar la dificultad de su implantación se envió un cuestionario a todas las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual, en total veinte centros y sólo de uno de ellos no recibimos respuesta.

método ■ ■ ■

El análisis de la situación de la asistencia farmacéutica en las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual fue realizado mediante cuestionarios, visitas y entrevistas al personal responsable de la medicación de tres instituciones que, por sus características, pueden dar una imagen muy completa de la situación. En efecto, son complementarias en representar bastante fielmente el conjunto tanto por su titularidad, una de ellas pública y las otras dos privadas, por su situación, dos en ciudades y la otra en un pueblo o por las necesidades de apoyo de los residentes, una de gran dependencia (gravemente afectados), otra de dependencia moderada

(es una extensión de un Centro Especial de Empleo) y la tercera con una situación intermedia.

El cuestionario que se empleó en esta primera parte se cumplimentó por el autor con las respuestas que recibía de los entrevistados y cubría dos aspectos:

1. Gestión de la medicación en el centro con apartados que fundamentalmente cubrían la gestión de las recetas, el uso de formularios internos, las fuentes de suministro, la manipulación y administración de los medicamentos y el manejo de las posibles incidencias que se puedan producir.
2. Medicación empleada donde se recababa información de la edad, peso, sexo y grado de discapacidad de las personas con discapacidad intelectual que residían en el centro y los medicamentos que empleaban y sus dosis, frecuencia, vía y duración del tratamiento.

El modelo de aplicación de la asistencia farmacéutica fue elaborado teniendo en cuenta los sistemas que se utilizan en las tres residencias para personas con discapacidad intelectual y los procedimientos que se aplican en otras áreas geográficas tales como EE.UU. (California State Board of Pharmacy, 2008) o Reino Unido (Pharmacy Community Care Liaison Group, 1999) o en otros grupos humanos que pueden tener necesidades similares, como en geriatría (Martínez et al., 2008), en otros ámbitos, como el hospitalario (Otero, Martín, Robles y Codina, 2008), por ejemplo, o incluso en manuales (APPS, 2001) o guías (FEAPS, 2001) para las residencias para personas con discapacidad intelectual. De esta forma fue preparado un borrador de procedimiento que se revisó y corrigió con la ayuda de farmacéuticos de la industria farmacéuti-

ca expertos en gestión y en preparación de procedimientos, con los comentarios de farmacéuticos de oficina de farmacia y de médicos de Extremadura, con funcionarios de la Junta de Extremadura y con responsables de medicación de residencias para personas con discapacidad intelectual. Es este documento así revisado el que fue incorporado a la tesis doctoral.

La revisión general de cómo se realiza actualmente la asistencia farmacéutica en las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual y qué dificultades va a encontrar la aplicación del procedimiento que preconizamos, fue realizada mediante un cuestionario que, acompañado de un resumen del procedimiento y una nota explicando el objetivo de la encuesta fue enviado por correo electrónico a todas las instituciones de las que conocíamos su existencia; esta documentación en el caso de las asociaciones de FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual) iba, además, acompañada de una carta de presentación de su presidente D. Francisco Valverde. En total fueron contactadas veinte residencias de Extremadura, y de ellas, sólo una no respondió. Como dato para evaluar la amplitud de la muestra, tenemos que estas residencias dan servicio a un total de 821 personas con discapacidad intelectual, cuentan con 606 empleados y en ellas toman medicación 687 usuarios (residentes o no) de los que la práctica totalidad, un 96%, necesitan ayuda en mayor o menos extensión.

Este segundo cuestionario constaba de apartados que buscaban obtener información sobre las dimensiones y tipos de actividad de la residencia, los recursos sanitarios de que disponían, los incidentes que habían tenido relacionados con la medicación, la existencia o no de proce-

dimientos para la gestión de los medicamentos, el apoyo que recibían del personal sanitario externo y las dificultades que preveían para aplicar los distintos puntos que se establecen en nuestro procedimiento.

resultados ■ ■ ■

Situación actual de la asistencia farmacéutica: En este estudio se confirmó el alto consumo de medicamentos que hay en las residencias para personas con discapacidad intelectual y que este consumo está muy relacionado con el grado de afectación o las necesidades de apoyo de los residentes, de forma que, en términos generales y si no hay una patología específica, aumenta cuando lo hace el grado de dependencia. Así en la residencia de gravemente afectados sólo había un residente de los cuarenta y nueve estudiados que no usaba medicación (2%); en la de dependencia intermedia no tomaban medicamentos habitualmente quince de los treinta y dos internos (47%) mientras que en la de dependencia moderada había diecisiete en esta situación del total de cuarenta y cuatro que se alojaban en el centro (61%).

Otra situación que se comprobó es la polimedicación, siendo lo normal en los pacientes con medicación que utilizasen dos o más medicamentos distintos, con casos extremos como residentes que consumían hasta nueve medicamentos diferentes.

A la hora de evaluar los medicamentos empleados se observó que también había una relación con la tipología de los residentes y así en la residencia de grandes dependientes casi un 60% utilizaban medicamentos antiepilépticos, porcentaje que se reducía a menos del 19% en la de dependencia intermedia y al 9% en la de dependencia moderada. Estos resulta-

dos aumentan aún más si agrupamos todos los medicamentos para el Sistema Nervioso Central, con lo que encontramos que estos medicamentos se utilizan en un 82% de los residentes del Centro para grandes dependientes, en un 30% en el centro de dependencia intermedia y en un 27% de los internos del centro de dependencia moderada. Se manifestaron también variaciones importantes en el consumo de medicamentos laxantes, mucho más alto en la residencia de grandes dependientes, lo que puede deberse a la vida más sedentaria de estos residentes y a los posibles efectos secundarios de algunos medicamentos psicotropos.

Como especialmente importante para la investigación realizada en la tesis doctoral resaltaron dos necesidades a las que deberíamos dirigir la atención con el fin de alcanzar el objetivo de mejorar la asistencia farmacéutica. Estos aspectos mejorables se refieren a:

- Necesidad de disponer de *procedimientos escritos* de manejo de los medicamentos: especialmente en los centros pequeños que, aunque muy interesados en este apartado de su actividad, no estaban seguros de que los métodos que emplean sean los correctos al carecer de personal sanitario que pueda evaluarlos.
- Una implicación sistemática de los profesionales sanitarios en los problemas de salud de los residentes que se exprese en visitas periódicas a los centros para comprobar en ellos las necesidades y las características especiales de esta población que permita una mejora de la calidad de vida y un mejor conocimiento de los temas de salud tanto del personal, como de los residentes (siempre que sea posible) y de sus familiares.

Procedimiento propuesto de asistencia farmacéutica: El procedimiento que se ideó propone establecer las figuras de *Responsable de Medicación*, la autoridad responsable de este asunto dentro de la residencia, y de los *Encargados de Medicación*, las personas que realizan las distintas actividades que marca el procedimiento. Por otro lado, el procedimiento busca la implicación de los médicos de Atención Primaria y de los farmacéuticos (bien sean comunitarios, de hospital o de oficina de farmacia) para que asesoren y guíen al personal de la residencia en todos los aspectos relacionados con el medicamento.

El procedimiento establece la serie de etapas siguientes: Indicación / Revisión, Prescripción, Suministro/Dispensación, Almacenamiento, Preparación de dosis, Administración, Control de efectos y de efectos secundarios. Estas etapas serán todas ellas necesarias, o no, según las necesidades de apoyo del residente, siendo la idea rectora del procedimiento que el Centro debe tratar en todo momento de que éste sea cada vez más autosuficiente o autónomo y debe prestarle sólo las ayudas que en cada momento necesite y/o demande.

Estas etapas se complementan con los apartados de *Auto-administración* que da pautas para evaluar y ceder el control de la medicación a los residentes, *Entrenamiento* que esboza el personal afectado, los temas que deben tratarse y quien debe encargarse de darlos y *Auditoria* que, mediante la implicación de los médicos de Atención Primaria y de los farmacéuticos, trata de conseguir que el procedimiento se adecue a la residencia, se perfeccione con su uso y se controle su aplicación.

Respecto a los médicos y farmacéuticos recomienda que, para una mejor asisten-

cia, debería ser el mismo para todos los residentes y que estos profesionales deberían hacer visitas periódicas a la Residencia y que deberían supervisar o, incluso, encargarse de realizar algunas facetas del procedimiento como entrenamiento, asesoramiento o auditoria. También indica la conveniencia de visitas periódicas a neurólogos y psiquiatras de los internos que lo necesiten.

Respecto a los medicamentos establece que no deben administrarse a los residentes sin una prescripción previa y que los medicamentos, una vez prescritos y dispensados para una persona determinada, deben considerarse de su propiedad y no se deben administrar a otros internos. Como excepción deja a los medicamentos para síntomas menores; de estos medicamentos debe haber una lista en cada residencia que prepararán el farmacéutico, el médico de cabecera y la propia institución y el farmacéutico deberá indicar cómo utilizarlos, las precauciones a tomar y las posibles interacciones con medicamentos que los residentes utilicen.

El procedimiento parte de la preparación y mantenimiento permanentemente actualizado de un documento en el que, para cada residente, se indique los medicamentos que debe tomar, sus dosis, su frecuencia de administración y la duración del tratamiento. De este documento se preparará una nueva versión cada vez que haya un cambio en la medicación del residente y se facilitarán copias al médico de atención primaria y al farmacéutico y se dejará otra en la zona de preparación de la medicación y todas estas copias y su original de partida estarán controladas, retirándose la versión anterior antes de entregar la nueva.

La siguiente Etapa, *Prescripción*, busca la extensión de las recetas que se necesi-

ten por el médico de Atención Primaria, al que pide que confirme, con su copia del documento indicado en el párrafo anterior, que el medicamento que se solicita está indicado en el momento actual para el residente.

La misma confirmación se pide al farmacéutico que interviene en la siguiente etapa, *Dispensación*. Al farmacéutico se le encarga también que, en ese momento de la dispensación, asesore sobre el medicamento, especialmente si es la primera vez que se usa en la Residencia, y que en caso de salidas del residente le prepare la medicación que vaya a necesitar en recipientes adecuados.

Una vez el medicamento en la residencia, el Procedimiento da normas para su *Almacenamiento*, tanto si se trata de un medicamento de conservación en condiciones normales como si se trata de uno a mantener en frigorífico. Indica la necesidad de mantenerlos en un área dedicada, limpia y de acceso restringido. También establece inventarios periódicos con controles de cantidad y caducidad y pide la segregación de todo medicamento deteriorado, caducado u obsoleto y marca las normas para su gestión.

Un apartado del procedimiento revisa los horarios de medicación y da pautas diferenciadoras en función de que sea un medicamento que deba utilizarse siguiendo unos intervalos posológicos precisos o se tengan que aplicar en las horas usuales de medicación coincidentes con las comidas del día.

La siguiente etapa que contempla el procedimiento es la de *Preparación de la medicación* y, para reducir la probabilidad de errores, da normas para asegurar que haya un doble chequeo y pide la preparación previa de un documento que permita controlar tanto esta etapa como

la de administración. Da también normas higiénicas que protejan tanto al medicamento como al personal y recomienda material específico que puede utilizarse.

A continuación se contempla la etapa de *Administración de la medicación* en la que se remarca que debe respetar la dignidad, la privacidad y, dentro de lo posible, el consentimiento informado (autonomía) del residente. Pide que se le informe siempre y de todo lo que sea posible y que se esté atento a las manifestaciones de éste que nos pueden ayudar a evitar errores. En el *Procedimiento* se dan, además, normas o consejos encaminados a proteger al medicamento y al residente, a evitar errores y a anotar todas las incidencias que se produzcan.

En el apartado de *Seguimiento de efectos*, el *Procedimiento* anima a realizar una observación continua de los residentes, da ejemplos de controles periódicos que deberían establecerse en la residencia e incluye la necesidad de anotar e informar de cualquier incidencia que se produzca en la medicación, indicando los cauces que deben seguirse.

Este *Procedimiento*, como ya hemos indicado, se ha revisado con una amplia representación de expertos y de personal afectado. Conviene repetir que, dadas las situaciones tan diferentes que pueden presentarse en cada Residencia el *Procedimiento* se deberá aplicar en todas sus etapas o sólo en algunas de ellas e, incluso las que se necesiten realizar, se deberán adecuar a las características del centro, de su personal y, sobre todos, de sus residentes. Además, y especialmente en el caso de los Centros de gran tamaño, se les debe dotar de ayudas tecnológicas que les permitan realizar las actividades que se marcan en este *Procedimiento* sin que se ralenticen o dificulten las tareas de quien lo hace y se debe estudiar el uso

de sistemas informáticos, agendas electrónicas o terminales de mano y de la identificación tanto de medicamentos como de residentes, mediante códigos de barras, por ejemplo.

Revisión general de la situación y facilidad de aplicación del procedimiento: En los resultados de la encuesta que realizamos, un dato muy importante que encontramos es el alto nivel de exigencia de personal que tienen estas instituciones, la media es que cada tres residentes hay dos empleados, debido a las necesidades de apoyos de sus usuarios y de que los servicios se prestan durante 24 horas al día, en la mayoría de los casos los 365 días del año. Dentro de este capítulo debemos indicar que todavía falta personal sanitario que se responsabilice de la medicación en un 63% de instituciones.

En el aspecto de incidentes relacionados con la medicación, las respuestas indican que, aunque en ninguna los ha habido de especial gravedad, se han producido en cinco de los centros (26%) y normalmente más de un caso.

Respecto a la existencia de procedimientos escritos de medicación sólo dos centros han respondido que "No" los tienen, mientras que dieciséis han manifestado que los tienen aunque, por los comentarios que añaden y por las aclaraciones que han dado a preguntas que se les han hecho lo que parece que tienen son impresos y/o etiquetas para facilitar o hacer seguimiento de algunas de las etapas de la medicación. En las respuestas hemos encontrado que hay centros que tienen muy desarrollado este apartado e incluso uno nos indicó que tienen un programa informático para todos los aspectos de salud y, dentro de él, uno de los apartados es el de medicación.

Respecto a la información que reciben

de los medicamentos y la necesidad o no de ampliarla, la postura de todos es que necesitan más información y mayoritariamente se inclinan por decir que la necesitan bastante (56%) o mucho (17%).

En relación al apoyo que se recibe de los médicos y a la disposición de éstos a ampliarlo, la mayoría de las residencias consultadas son escépticas, predominando las respuestas de las que indican que el médico está “Nada” (27%) o “Poco” (33%) interesado en aumentar su colaboración frente a los que dicen que “Bastante” (40%) sin que haya ningún centro que responda “Mucho”. Respecto a las visitas periódicas de los médicos de Atención Primaria a las Residencias, y si excluimos a los centros que tienen médico propio en su plantilla, sólo hay un Centro que semanalmente recibe visita. Debemos entender, por tanto, que en este apartado deben ponerse en marcha medidas que favorezcan esta colaboración y faciliten estas visitas.

Con respecto a la colaboración actual de los farmacéuticos hay oportunidades evidentes de mejora como lo demuestra el que sólo informan sobre los medicamentos “Siempre” en el 16% de los casos, mientras que en un 58% lo hacen “Cuando preguntan”, en un 11% de casos “A veces” e incluso en un 16% de casos “Nunca”. Parece sin embargo que tienen una gran disposición a aumentar su colaboración como lo demuestra que un 16% de Residencias, al valorar este interés, contesten “Mucho” en un 16% de casos y “Bastante” en un 63% frente a un 5% que indican “Poco” y un 16% que responden “Nada”. Parece, por tanto, que en el grupo de los farmacéuticos podríamos encontrar una disposición mayoritaria a colaborar con las residencias en la aplicación del *Procedimiento de medicación*.

El último apartado que fue sometido a la consideración de las Residencias de Extremadura fue el que estimasen el grado de dificultad que preveían en la aplicación de las distintas etapas del procedimiento. En este aspecto se halló que las etapas más sencillas de implantar serían las que dependen exclusivamente de la acción del personal de la Residencia como “*Almacenar la medicación en un sitio cerrado, separada la de un residente de otro, controlando su cantidad y su caducidad*”, “*Preparar la medicación e impresos para su seguimiento*”, “*Administrar la medicación siguiendo el procedimiento*”, “*Cumplimentar y mantener el impreso de Medicación: Indicación/Revisión*” o que requieren la colaboración puntual del médico o del farmacéutico como “*Preparación de una lista de medicamentos comunes por farmacéutico o médico*”. Todas estas etapas se podrán aplicar sin problemas y muchas de ellas están siendo seguidas de una forma más o menos sistematizadas por las residencias.

Será más difícil poner en marcha las etapas de “*Que el farmacéutico dispense los medicamentos que se necesiten, compruebe que está indicado y le informe sobre cómo manejarlos*”, “*Que el médico prescriba lo que se necesita y que controle que está indicado*” y “*Que el farmacéutico o el médico expliquen las acciones beneficiosas y nocivas de los medicamentos, cómo manejarlos, cuándo administrarlos, etc.*” Suponemos que la estimación de la dificultad que hacen las residencias se deriva de que en ellas se precisa de forma muy destacada el concurso de médico y farmacéutico desde sus propias consultas y aquí tenemos ya que empezar a buscar formas que mejoren la colaboración de estos sanitarios.

La dificultad se hace máxima en las etapas de “*Hacer seguimiento de efectos*” y

“Que el farmacéutico y/o el médico revisen que se sigue el procedimiento”. En la primera se requiere un conocimiento de los medicamentos mucho mayor que el actual que se podrá conseguir sólo con una gran colaboración del farmacéutico y/o el médico, y, para la puesta en marcha de la segunda, se necesita que estos profesionales, conscientes e interesados en mejorar la medicación en las residencias, se involucren en el Procedimiento, lo consideren suyo y trabajen para ponerlo en marcha y para supervisar su correcta ejecución. Hay, por tanto, una gran tarea que realizar en este apartado aunque se cuenta con el interés de estos profesionales y de la administración sanitaria.

discusión de resultados/conclusiones ■ ■ ■

1. Por revisión de una muestra que se considera representativa de las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual se ha comprobado el alto nivel de consumo de medicamentos que se da en estas instituciones y el alto grado de polimedificación que existe entre sus residentes.
2. En la muestra anterior se ha constatado la conveniencia de disponer de un modelo de gestión de la administración y seguimiento de la medicación para estas instituciones y se ha preparado uno con la información de residencias de Extremadura, con la revisión de modelos empleados en EEUU y Reino Unido, de asistencia farmacéutica a los colectivos de personas con discapacidad intelectual, y con la consideración de otras iniciativas en España, entre las que se han tenido en cuenta Manuales como el Manual de funcionamiento de vivienda para personas con retraso mental y la Guía de

Buenas Prácticas de la Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS).

3. El modelo indicado se ha depurado con los comentarios de responsables de residencias, funcionarios y personal sanitario y con ello se ha conseguido una guía para mejorar la seguridad y el buen uso de los tratamientos medicamentosos a las personas con discapacidad intelectual alojadas en residencias de Extremadura.
4. Se ha evaluado la aplicación de dicha guía por las residencias encontrándose que, a partir de ella, pueden estas instituciones preparar procedimientos que la adapten a su circunstancia específica con lo que se obtendrían mejoras de la asistencia farmacéutica en lo referente a garantías de calidad y seguridad.
5. Se ha comprobado también la conveniencia de aumentar la participación de los profesionales sanitarios en la gestión de los aspectos de salud de las residencias y la guía pretende ser también un instrumento que indique las áreas en que esa colaboración se produzca y la forma de realizar ésta.

agradecimiento ■ ■ ■

Este trabajo ha sido posible gracias a la generosa y desinteresada colaboración del personal de las residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual y de ellas quiero mencionar expresamente a Esther Montemayor (CAMP de Plasencia), Carmen Lara (APROSUBA-3 de Badajoz) y Teresa Baldón (VERA de Jaraiz de la Vera).

bibliografía

APPS (Agrupación Provincial Pro Subnormales) FEDERACIÓN CATALANA PRO PERSONAS CON DISMINUCIÓN PSÍQUICA (2001). *Manual de funcionamiento de vivienda para personas con retraso mental - Hogar residencia*. Se puede conseguir un CD con la copia del manual en la dirección: <http://www.federacio-apps.com/?go=e6598a7e63ddfde85c db8dcf003cce4e508a041c09de4b3025 1cc74609eef6bb7c002cf8ef87cc2d> (Consultado el 12 de febrero 2008)

California State Board of Pharmacy. Care of Children & Adults with Developmental Disabilities en *Health Notes - Volume 1, Number 4* - Consultado el 12 de Febrero de 2008 en http://www.pharmacy.ca.gov/publications/health_notes_develop_disabled.pdf

FEAPS (Confederación Española de Organizaciones a favor de las Personas con Retraso Mental) (2001). *Vivienda y Residencia para personas con retraso mental. Orientaciones para la calidad*. SIIS 2001 - Consultado el 12 de Febrero de 2008 en: http://www.feaps.org/manualesbb_pp/vivienda

Martínez, M., Miró, M, Liso, J., Sanjurjo, M., Martínez, M., San Martín, S. - Documento SEFH:

Atención Farmacéutica Especializada en Centros Sociosanitarios y Residencias Asistidas - Consultado el 12 de Febrero de 2008 en: <http://www.sefh.es/normas/atencion.pdf>

Otero, M.J., Martín, R., Robles, M.D. y Codina, C. - Capítulo 2.14. Errores de medicación en Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) *Farmacia Hospitalaria* (pp. 713-747) - Consultado el 12 de Febrero de 2008 en: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap2-14.pdf

Pharmacy Community Care Liaison Group (1999). Pharmacist support for people with learning disabilities - *The Pharmaceutical Journal Vol 263 No 7072 p826-831-20/11/99* - Consultado el 12 de Febrero de 2008 en: <http://www.pjonline.com/Editorial/19991120/articles/learningdisabilities.html>

Rubio, Francisco (2007). *Asistencia farmacéutica en residencias de Extremadura para personas con discapacidad intelectual*. Tesis Doctoral. Dirigida por los Profesores Teresa Alfonso y Antonio Piga. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares (Madrid).