



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS

ESCUELA DE POSGRADO

Carrera de Especialización en Farmacia Hospitalaria

**GESTIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E
INSUMOS EN UN HOGAR DE ANCIANOS:
OPTIMIZACIÓN A PARTIR DE LA INCORPORACIÓN DE
UN FARMACÉUTICO**

*Trabajo integrador final para acceder al
Título de Especialista en Farmacia Hospitalaria*

Farm. Mónica del Valle Giovagnoli

**CÓRDOBA
REPÚBLICA ARGENTINA**

-Julio de 2013-

TRIBUNAL EVALUADOR

Coordinador/a:

Dra. Elena María Vega

Integrantes:

Prof. Dra. María Eugenia Olivera

Mgter. Ángela Cristina Ortega

**HOY NO HAY REALIDAD EN MI VIDA QUE NO HAYA SIDO
PRODUCTO DE UN SUEÑO**

Pedro Ferriz de Con

AGRADECIMIENTOS:

A FUNDACION LOSANO POR EL APOORTE QUE REALIZA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS PROFESIONALES.

A MI FAMILIA POR SER LOS PILARES SOBRE LOS QUE PUDE EDIFICAR ESTE SUEÑO.

A LOS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD, EN PARTICULAR A LA DRA. ELENA MARIA VEGA CUYO APOORTE RESULTO INVALUABLE PARA LOGRAR MI OBJETIVO.

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO POR CUBRIR LOS ESPACIOS QUE NECESITÉ.

A MIS COMPAÑEROS DE RUTA QUE ENTRE AVENTURAS Y DESVENTURAS LOGRAMOS AVANZAR Y ESTRECHAR VINCULOS TANTO PROFESIONALES COMO PERSONALES.

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS.....	v
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS	vii
Índice de Figuras.....	vii
Índice de Gráficos	vii
Índice de Tablas.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y MÉTODOS	9
Etapa 1: Enero - Setiembre de 2011:	9
Etapa de transición: Octubre de 2011	9
Etapa 2: Noviembre 2011 – Julio 2012:.....	11
RESULTADOS	13
1- Etapa 1: enero - septiembre de 2011	13
1.1- Descripción del lugar donde se llevó a cabo la investigación.....	13
1.2- Población incluida.....	14
1.3- Análisis DAFO	14
1.4- Análisis del Sistema de Distribución existente y propuesta del cambio.....	16
1.5- PNT del nuevo Sistema de Distribución de Medicamentos	17
2- Etapa intermedia o Fase de transición: Octubre de 2012.....	17
3- Etapa 2: noviembre 2011 – julio 2012	19
3.1- Caracterización del uso de medicamentos	19
3.2- Gestión de la Seguridad	24
3.3- Gestión Económica.....	30
Discusión	37

Conclusiones	40
Referencias	42
ANEXOS.....	49
ANEXO 1: El Hospital Iturraspe y su ubicación	49
ANEXO 2: Hogar de Ancianos y sus moradores	55
ANEXO 3: Material para preparar la medicación a dispensar.....	57
ANEXO 4: PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA EL TRABAJO EN EL HOGAR DE ANCIANOS	59
ANEXO 5: Sector Enfermería-Farmacia en las Instalaciones del Hogar de Ancianos ..	62
ANEXO 6: Diagrama de Pareto antes (A) y después (B) del recupero de medicamentos y pañales.....	63

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

Índice de Figuras

Figura 1: Perfil farmacoterapéutico diseñado para ser implementado con el nuevo SDM	10
Figura 2: Esquemas del sistema de distribución de medicamentos en ambas etapas del estudio.....	16
Figura 3 Diagrama de Flujo para el nuevo SDM	18

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Cantidad de pacientes y medicamentos prescritos a través del tiempo.	20
Gráfico 2: Consumo de medicamentos según el Código ATC a través del periodo de tiempo analizado.....	22
Gráfico 3: Evolución del error dosis No Administradas a través del tiempo.....	25
Gráfico 4: Dosis No Administradas y los medicamentos involucrados a lo largo del estudio.	25
Gráfico 5: Distribución de las dosis No Administradas según el Código ATC a través del tiempo.....	26
Gráfico 6: Dosis Mal Administradas con el transcurso del tiempo.	26
Gráfico 7: Errores cometidos desde el Servicio de Farmacia.	28

Índice de Tablas

Tabla 1: Análisis DAFO de la situación actual.....	15
Tabla 2: Relación entre la cantidad de pacientes polimedicados con el número total de internos durante los meses de estudio.....	20
Tabla 3: Diferencias en la prescripción según sexo	21
Tabla 4: Distribución de la Polimedicación entre ambos sexos	21
Tabla 5: Los 34 medicamentos (30 principios activos) más prescritos, su consumo promedio mensual (en unidades) y clasificación según el Código ATC.	23
Tabla 5: (Continuación): Los 34 medicamentos (30 principios activos) más prescritos, su consumo promedio mensual (en unidades) y clasificación según el Código ATC.	24
Tabla 6: Errores de medicación evaluados	27

Tabla 7: Cuantificación de los errores respecto a los pacientes en seguimiento	28
Tabla 8: Medicación Faltante discriminada según los meses de seguimiento.	29
Tabla 9: Detalles de entrega y recupero de medicamentos y pañales durante el tiempo del estudio.	31
Tabla10: Análisis de Pareto del promedio de los costos de consumo de medicamentos y pañales (Nov 2011-Jul 2012).	32
Tabla 11: Análisis de Pareto del promedio de los costos de consumo teniendo en cuenta lo recuperado a través de las Obras Sociales.	33
Tabla 12: Medicación recuperada de las O. Sociales que pasa a formar parte del stock del SF y su aporte a los costos.	35
Tabla 13: Impacto en los costos de las unidades recuperadas.	36

RESUMEN

Introducción:

Mejorar la calidad de vida es un objetivo prioritario en la intervención con las personas mayores. En ese contexto, la distribución de medicamentos y la gestión de insumos, es una responsabilidad institucional de incumbencia farmacéutica, siendo la información uno de los recursos más importantes de que dispone un hospital. Objetivo general: Optimizar la gestión del suministro de insumos farmacéuticos al Servicio Hogar de Ancianos a través de la incorporación del Farmacéutico. Objetivos específicos: Sobre el Sistema de Distribución de Medicamentos: Diagnosticar su funcionamiento previa intervención, planificarlo, protocolizarlo e implementarlo. Documentar y describir el consumo de medicamentos desde el cambio de sistema. Identificar errores de medicación y sus posibles causas. Cuantificar el ahorro producido.

Métodos:

Trabajo de campo prospectivo en el Hogar de Ancianos del Hospital Iturraspe, entre octubre 2011 y julio 2012, realizando un estudio cuasi experimental, antes-después sin grupo control.

Se divide el período estudiado en dos etapas con una Fase intermedia entre ellos.

Etapas: Etapas 1: Análisis de situación y presentación de propuestas. Fase intermedia: de transición. Etapas 2: Prospectiva y concurrente respecto a la toma de datos e intervenciones realizadas. Puesta en marcha del nuevo sistema.

Resultados:

Se realizó el cambio en el SDM, diagnosticando el sistema antiguo e individualizando la medicación por períodos preestablecidos para el sistema nuevo. Población incluida: 32 personas. El 59,4% (19) recibieron hasta 4 fármacos diarios, el 37,6% (12) entre 5-7 y el 3% (1) más de 8. Los grupos terapéuticos (clasificación ATC) más utilizados correspondieron a N y C.

La población masculina es la que recibe la mayor prescripción (53,1%) y la femenina la más polimedicada (21,9 %)

Del total de unidades mensuales entregadas el 20% compone el 80% del consumo total.

La seguridad se evaluó teniendo en cuenta los errores de medicación en dos categorías “dosis no administradas” y “dosis mal administradas” las que en conjunto resultaron un 5,9% (360) en noviembre, 3,1% (155) en diciembre y 1 % (45) en enero, sin cambios

significativos en adelante. Los errores atribuibles al Servicio de Farmacia también disminuyeron en ese período.

En el lapso de tiempo estudiado, un promedio del 61% de los pacientes ha sufrido algún error en la administración de medicamentos.

La provisión de medicamentos y pañales por paciente, insume un costo mensual de \$346,58, suma que disminuye a \$176,56 luego que se tramita su reposición por parte de las obras sociales.

Conclusiones:

Se implementó un Sistema de Distribución de Medicamentos con individualización por paciente, programado de manera semanal con intervención del farmacéutico.

El 20% de los 142 Ingredientes Farmacéuticos Activos representan el 80% del consumo total de los medicamentos, el 40% de la población se encuentra polimedicada y la mayor prescripción por paciente se realiza a los hombres (53,1%).

Respecto a la seguridad, las variables medidas señalan que se mejoró la cantidad de dosis administradas, se disminuyó el número de dosis mal administradas y la prevalencia de error.

El ahorro conseguido por el recupero de pañales y medicación fue del 50,9%. El ítem pañales constituye el 47 y 44% del porcentaje total de gastos ante-después del recupero.

ABSTRACT

Introduction:

Improving the quality life is a priority goal of the health intervention with elderly people. In this context, drug distribution and devices management in a health facility is a pharmacist concern and the information becomes one of the most important resources available for a hospital. Main objective: To optimize the supply management to HA through the pharmacist incorporation. Specific objectives: Drug distribution system (DDS): To diagnose the previous system, to propose a new one and to implement it; to document and describe the use of medications since the change of system. To Identify medication errors and their possible causes and quantify the savings produced.

Methods:

Prospective working-field in the Nursing Home, from October of 2011 to July of 2012, conducting a quasi-experimental study, before-after study without control group.

The study period is divided into two stages with intermediate phase between them. Stage 1: Situation Analysis and Proposals. Intermediate phase: transition to implement the new system. Stage 2: Prospective and concurrent study, data collection and pharmacist interventions were recorded.

Results:

The change was made in the DDS, diagnosing the old system and identifying the medication by patients and periods for the new system. Population included: 32 people. The 59,4% (19) received up to 4 drugs daily, 37,6% (12) between 5-7 and 3% (1) over 8. Therapeutic groups (ATC classification) more used corresponded to N and C.

The male population received the most prescribed medicines (53,1%) and the female received 5 or more medicines (polypharmacy) (21,9%).

Related to the total units delivered by month, 20% accounted for the 80% of consumption. Safety was evaluated considering medication errors in two categories "dose omission" and "dose misdelivered" which together were 5,9% (360) in November, 3,1% (155) in December and 1% (45) in January. Errors attributable to the Pharmacy Service also declined during this period.

In the period studied, an average of 61% of patients has suffered an error in the administration of medication.

The provision of medicines and diapers per patient had a cost by month of \$ 346,58, this amount decreased to \$ 176,56 when its replacement is managed by social work and the pharmacist.

Conclusions:

The new DDS implemented centralized the drug supply in the Pharmacy Service and individualized the pharmacotherapy. The diagnosis made in the first stage was useful to develop the proposed change. The 20% of the 142 Active Pharmaceutical Ingredients represents the 80% of the total consumption of drugs. Related to the elderly people, the 40% of the population receives 5 drugs or more and the largest prescription per patient is performed to the men (53.1 %).

With regard to security, after the implementation of the new DDS, the drug consumption by patient and the drug use profile in the nursing home were registered. Also, errors were identified in the medication processes of dispensing and administering. The variables measured indicate that the number of doses administered improved, the number of doses misdelivered and the prevalence of error decreased.

The savings achieved by the recovery of diapers and medication was 50.9%. The item diapers constitute 47 and 44% of the total percentage of expenses before-after recovery.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AC	Asociación Cooperadora
AM	Adulto Mayor
ATC	Clasificación Anátomo-Terapéutica
CV	Calidad de Vida
EM	Errores de Medicación
HA	Hogar de Ancianos
IBEAS	Proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud
IFA	Ingrediente Farmacéutico Activo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
PROFE	Programa Federal de Salud
PFT	Planilla de Perfil Fármaco-Terapéutico <ul style="list-style-type: none">• C: Medicamentos Mal Administrados• F: Medicamentos No Administrados• K: Error al preparar la medicación• L: Error al transcribir la indicación• M: Medicamentos faltantes en farmacia y que no se pudieron dispensar
SDM	Sistema Distribución de Medicamentos
SDMDU	Sistema Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria
SH	Servicio Hogar
SF	Servicio de Farmacia
SUM	Sistema de Utilización de Medicamentos

INTRODUCCIÓN

Desde hace unas décadas estamos siendo partícipes de una revolución demográfica sin precedentes en la historia de la humanidad: el envejecimiento de las sociedades. Día a día más personas llegan a la vejez y con más longevidad.

Cada vez son más los ancianos que sobrepasan los 80 años. Este dato por demás halagüeño, producto del avance de la medicina y de la mejora en la calidad de vida general, plantea grandes desafíos a una sociedad que aún no logra integrar a sus ancianos desde una perspectiva positiva.

Durante el siglo XX la población mundial se cuadruplicó debido a la reducción de la mortalidad y al aumento considerable de la esperanza de vida al nacer, por lo que fue calificada como “explosión de salud”, seguido por una implosión en el siglo XXI debido a la reducción drástica de la natalidad que se inicia en los años 60 en los países desarrollados y que se va extendiendo a los menos desarrollados¹. Así, el problema del ser humano antes del siglo XX consistía en sobrevivir los primeros cinco años de vida, mientras que durante el siglo XXI el gran problema es el envejecimiento².

El informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en su art. 13 destaca “la responsabilidad primordial de los gobiernos de promover y prestar servicios sociales básicos y de facilitar el acceso a ellos, teniendo presentes las necesidades específicas de las personas de edad”³.

El número de personas en el mundo que supera la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1.200 millones de ancianos, de los cuales los mayores de 80 años constituirán en los próximos 30 años el 30% de los adultos mayores (AM) en los países desarrollados y el 12% en los llamados en vías de desarrollo^{3,4}.

De manera convencional, se acepta que una población es envejecida cuando el porcentaje de personas de 65 años y más supera el 10% del total de la población.

Se espera que para el 2050 el porcentaje de personas de edad avanzada aumentará del 8% al 19% mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%⁴.

Según proyecciones en América Latina la población de 60 años y más, irá en aumento hacia el año 2025, estabilizándose en un 2,4% (período 2025-2050) tendencia que difiere

de las proyecciones realizadas para la población en su conjunto, cuyas tasas estarán por debajo del 1% hacia fines del 2050^{5,6}.

Nuestro país no escapa a los cánones de la región. Según información obtenida del INDEC⁷ se pone de manifiesto que a lo largo de la década se ha producido un sostenido avance del envejecimiento de la población argentina en todas las jurisdicciones, sólo en Salta se mantuvo la misma proporción de personas de 65 años y más, observando que la proporción de personas de edad extrema evidencia una tendencia en aumento en todas las jurisdicciones.

Además de los habitantes porteños, otros de los más envejecidos del país están en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, La Pampa y Córdoba. Todas superan la media nacional, del 10,2%⁸.

Se estima que para el año 2050, 1 de cada 5 argentinos tendrá más de 64 años. Argentina es el tercer país más envejecido de América Latina y ocupa el puesto 58 en el ranking mundial².

El número de nacimientos por mujer se redujo de 4,6 a 2,5 en los últimos 50 años. Según los resultados del Censo 2010 nuestro país no llegó a la tasa de reposición poblacional de 2,1 anual, mínimo necesario para que una comunidad reemplace sus defunciones con nacimientos de modo que sin crecer siempre exista la misma cantidad de población².

Ahora bien, si la tasa de crecimiento en su conjunto estará para América Latina por debajo del 1%, y según los datos gubernamentales no se llega a la tasa de reposición, tendremos casi la misma población pero con mayor sobrevida, lo que indica un claro envejecimiento poblacional.

La provincia de Córdoba presenta un porcentaje de envejecimiento del 10,8%⁹.

Las proyecciones demográficas estimadas indican la importancia que este grupo etario va adquiriendo, y del desafío que se nos presenta para asegurarles una calidad de vida digna.

Este proceso va a repercutir en el desenvolvimiento normal de las sociedades conduciendo hacia una mayor demanda de asistencia de servicios sanitarios.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) plantea que el envejecimiento es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar circunstancias y condiciones del entorno.

Existe una falta de consenso sobre el concepto de calidad de vida (CV). La mayoría de los autores coinciden en que no existe un enfoque único que pueda explicarlo totalmente¹⁰.

Puede hacerse desde una visión externa utilizando indicadores objetivos (nivel económico, estado de salud, funcionalidad psicológica, alimentación, etc.) o la que realiza el propio individuo desde una dimensión absolutamente subjetiva donde prima su propio criterio.

La calidad de vida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones.

Diferentes estudios realizados suman evidencia que la evaluación sobre la CV no está referida solo al estado real de salud de una persona, sino a la percepción que dicha persona tiene sobre el mismo¹¹.

La calidad de vida de los ancianos institucionalizados parece estar asociada a sus niveles de dependencia, estado mental y funcionalidad¹².

La mejora de la calidad de vida debe constituir un objetivo prioritario en la intervención con las personas mayores. El paciente anciano y, en particular, el institucionalizado se caracteriza por la alta frecuencia de la morbilidad, las presentaciones atípicas de la enfermedad, la lenta respuesta al tratamiento y la necesidad de soporte social, por lo que se requiere de un sistema asistencial que atienda las múltiples alteraciones y sus problemas médico-sociales, que presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física y/o social.

En este sector de la población, lo habitual es la presencia de varios procesos conjuntos, ya que la existencia de una enfermedad predispone a la aparición de otras, muchas veces agravada si éste es evaluado por diferentes médicos que, perdiendo la visión global del paciente, añaden un medicamento sobre otro sin tener en consideración los que ya está utilizando.

La incidencia de enfermedades es muy alta (entre el 50 y el 80% de los ancianos padecen o padecieron distintas enfermedades). A diferencia de los miembros de la primera y segunda edad, los de la tercera padecen pluripatología: 3-4 en los pacientes ambulatorios, 5-6 en los internados y hasta 10 patologías diferentes según datos obtenidos de necropsias¹³.

Entre los diversos problemas que afectan al AM se encuentra la polifarmacia o poli farmacoterapia, considerada un fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. En el análisis matemático, si un paciente está tomando 5 medicamentos, existe la probabilidad de 50% de una interacción importante clínicamente y, cuando son 7 los fármacos por paciente, la posibilidad se incrementa al 100%; 20% de ellos podrían ser con manifestaciones de reacciones adversas severas^{14,15}.

Entre las enfermedades prevalentes en ancianos en las que se prescriben dos o más medicamentos, se cuenta la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, la patología psiquiátrica en general y la hipertensión arterial^{16,17}.

La polifarmacia en los AM es una de las causas de fragilidad en estos pacientes, asociándose con un aumento en el riesgo de desarrollar síndromes geriátricos como caídas, delirium, pérdida de la funcionalidad y autonomía, deterioro cognitivo, e incontinencia, entre otros¹⁸.

La seguridad del paciente es un factor esencial de la calidad asistencial. La atención sanitaria es cada vez más compleja. Esto se asocia a un riesgo creciente de efectos adversos y perjuicio involuntario para el paciente. Las consecuencias en vidas, y costos que suman millones han sido estimados por diferentes instituciones sanitarias, a lo que hay que agregar la erosión de la confianza y de la seguridad, por lo tanto mejorar la seguridad de los pacientes se ha convertido en un objetivo prioritario en las políticas de calidad de los sistemas de salud^{19,20}.

Según la OMS, en base a los estudios publicados por IBEAS (red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica), las instituciones de salud deben mejorar la seguridad de los pacientes con el diseño de estrategias de control²¹. Del conocimiento de los errores y sucesos adversos dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos en la medida que sea posible.

Indudablemente, la variedad y la especialización de la atención sanitaria actual, con su combinación de mejoras tecnológicas, procesos e interacciones humanas, ha significado un importante beneficio para los pacientes²². Asimismo, la complejidad del denominado “sistema de utilización de los medicamentos” (SUM), que incluye los procesos de selección, prescripción, validación, dispensación, administración y seguimiento, es cada vez mayor, conllevando un mayor riesgo de que se produzcan errores y de que éstos, a su vez, causen efectos adversos a los pacientes²³. El establecimiento de programas de gestión de riesgos por medicamentos constituye una estrategia esencial para mejorar la calidad y la seguridad del SUM²⁴.

La distribución de medicamentos en una institución debe desarrollarse en base a una programación concertada entre el SF y los servicios clínicos, considerándose factores técnicos y administrativos.

El método de trabajo en equipo es vital para obtener un rendimiento óptimo de recursos limitados, tanto humanos como financieros.

El papel del farmacéutico en el sistema de salud, ya ampliamente difundido por la OMS en las Declaraciones de Nueva Delhi (1988) y Tokio (1993), aseguran un uso racional y económico de los medicamentos, teniendo como eje la atención farmacéutica donde el paciente es el principal beneficiario de las acciones de dicho profesional²⁵.

Existen varios sistemas de distribución de medicamentos (SDM), cada uno con sus ventajas y desventajas.

El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitarias (SDMDU) es el que mejor representa la dispensación con intervención previa del farmacéutico, con el cual se consigue: racionalizar la distribución, garantizar el cumplimiento de la prescripción médica y la correcta administración de los medicamentos al paciente^{26,27}. Sin embargo, deben considerarse diversos factores a la hora de seleccionar el SDM más adecuado, entre ellos: la estructura física del hospital y, en particular, del SF y cada servicio clínico; la disponibilidad de recursos humanos en farmacia y las necesidades propias de cada servicio²⁸.

En este contexto es necesario tener en claro los términos de **Empaque Unitario**, que es el empaque individualizado por dosis única (ej un comprimido), mientras que la **Dosis Unitaria** es la dosis del medicamento prescrita para el tratamiento de un paciente en particular, cuyo envase debe permitir administrar el medicamento directamente al paciente (p ej 2 comp de 50 mg c/u)²⁹.

El sistema también implica entregar a la unidad de enfermería las dosis unitarias necesarias para 24 hs. de tratamiento, aunque algunos autores consideran que para pacientes con patologías crónicas, o de cuidados intermedios, donde los cambios de tratamiento no se presentan diariamente, tampoco es aplicable el sistema de distribución unidosis²⁹.

La gestión clínica llevada a cabo por el Servicio de Farmacia debe desarrollar un modelo comprometido en la utilización de medicamentos de manera eficiente, segura y mediada por criterios técnico-farmacéuticos. Para ello se debe disponer de una Guía Farmacoterapéutica con recursos seleccionados en base a su eficacia y seguridad, científicamente demostradas y con el menor costo posible.

Los sistemas de información deben disponer de datos que faciliten la toma de decisiones tanto para el área clínica como económica³⁰ desde las compras de insumos, pasando por la distribución de medicamentos hasta la dispensación, todos movimientos que puedan ser extraídos de forma sencilla y fiable. Dichas medidas permiten un mejor control de los costos, pero también una mejora en la calidad asistencial siendo un soporte para gestionar la farmacoterapia.

La situación socioeconómica del país plantea la necesidad de cambios estructurales en las formas de gerenciamiento de un Servicio de Farmacia, de manera de responder con calidad a la demanda, dicho desafío debe conciliar los intereses de la gestión económica con los de prestar un servicio de salud con calidad.

La gestión global del Servicio y de las áreas que lo componen, supone acomodarse constantemente a una demanda variable, a la aparición de nuevas patologías y tratamientos, al recupero posible de ciertos gastos y a valorar adecuadamente la oferta de productos que se ponen a disposición del profesional farmacéutico el cual debe tomar la mejor decisión con el fin de optimizar los recursos para promover una terapéutica racional. Por ejemplo, si consideramos las causas orgánicas de automarginación, la incontinencia urinaria ocupa los primeros puestos en orden de frecuencia, que para el anciano consciente de la misma lleva a pasos ineludibles de vergüenza, pérdida de autoestima y finalmente la dependencia, aunque muy a menudo se comete un abuso con el uso indiscriminado de pañales los que deberían ser indicados sólo luego de haber comprobado que los tratamientos no farmacológicos (sistemáticas para la continencia) y farmacológicos, no producen resultados satisfactorios. Según la Asociación de Gerontología de Santa Fe, de alguna manera el consumo de pañales en un establecimiento geriátrico se transforma en un indicador de la mala calidad del servicio brindado^{31,32,33}.

La asistencia en centros de Salud deberá ser planificada centrándose en la persona y en su seguridad³⁴.

La ciudad de San Francisco, en la provincia de Córdoba, es cabecera del departamento San Justo, delimitada por las rutas nacionales N° 19 y N° 158 y la ruta provincial N° 1. El Hospital J. B. Iturraspe dependiente de la provincia, fue fundado en el año 1916 y se encuentra situado en esta ciudad, la cual tiene 68.000 habitantes. Esta institución es un punto de referencia de la zona en cuanto a integración sanitaria con una oferta prestacional que satisface las necesidades de los efectores municipales y comunales, de acuerdo a la complejidad instalada. De ser necesario, esta institución

instrumenta acciones para concretar derivaciones a Centros de Salud de mayor complejidad de la provincia.

Por su localización (está situado en el límite provincial de Córdoba y Santa Fe) el Hospital recibe pacientes procedentes de las localidades cercanas principalmente de: Frontera, Devoto, La Francia, El Tío, Freyre, Porteña, Plaza San Francisco, Quebracho Herrado, Saturnino M. Laspiur, Morteros, Brinkmann, Colonia Marina, Josefina, y sus respectivas zonas rurales (ANEXO 1).

El Hospital Iturraspe, actualmente, cuenta con 130 camas para internación, incluidas las treinta camas en el área de Salud Mental, y una terapia intensiva con capacidad para 10 camas. Además, del Hospital depende desde el 19 de Julio de 1942 el Hogar de Ancianos (HA) Dr. Enrique J. Carrá con capacidad para 60 internos (ANEXO 2).

Alcanzar un estado aceptable de calidad en la prestación del servicio en esta institución constituye un reto para los profesionales de salud responsables de los niveles operativos.

Por otro lado la Farmacia de nuestro Centro Asistencial ha comenzado a alinearse con las tendencias internacionales, donde el farmacéutico de hospital se ha convertido en una pieza clave y estratégica en el desarrollo y gestión de nuevos proyectos a desarrollar en el entorno actual de mayor presión sobre calidad y costos.

La combinación de estos factores hace que la presencia de un Hogar de Ancianos dentro de un Establecimiento de Salud amerite tomar todos los recaudos necesarios para lograr estos objetivos.

OBJETIVOS

General:

Optimizar la gestión general del suministro de insumos farmacéuticos al Hogar de Ancianos a través de la incorporación del Farmacéutico.

Específicos:

- Diagnosticar el funcionamiento el SDM previa intervención.
- Planificar y protocolizar un SDM adecuado.
- Implementar el nuevo SDM diseñado.
- Documentar y describir el consumo de medicamentos desde el momento en que cambió el sistema.
- Identificar errores de medicación y sus posibles causas.
- Cuantificar el ahorro originado por la mejora en la gestión de medicamentos y pañales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio cuasi- experimental, antes-después sin grupo control.

Población: Se incluyeron los AM institucionalizados, con patologías propias de la edad que se encontraban en una situación clínica estable en el tiempo y que recibían la medicación de parte del personal de enfermería de la institución. Se excluyeron pacientes cuya medicación era gestionada por ellos mismos o por un familiar.

La descripción del personal a cargo de la atención de los AM institucionalizados se describe en Resultados.

Se divide el período estudiado en dos etapas con una Fase de Transición intermedia a ellos.

Etapa 1: Enero - Setiembre de 2011:

Se llevó a cabo un análisis de situación (escenario de referencia pre-intervención). Se realizaron entrevistas a actores clave y observación del suministro de insumos (medicamentos y pañales).

Se esquematizó el SDM y se presentó la propuesta de un sistema nuevo a las autoridades de la institución, para lo cual se realizó un diagnóstico de situación utilizando como herramienta el análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades).

Se redactó el procedimiento operativo para el nuevo SDM.

Etapa de transición: Octubre de 2011

En el mes de octubre se inició la transición entre ambos SDM. Para recoger la información se diseñó una Planilla de Perfil Farmacoterapéutico (PFT) en la cual se registran los datos personales de cada paciente como así también toda la medicación prescrita, entregada y no utilizada. Consta de un índice alfabético referido a los diferentes eventos que pudiesen ocurrir y con su aplicación se los puede dejar asentados

para su posterior análisis. De allí se preparan las dosis que luego son entregadas por el tiempo acordado. (Figura 1).

El sistema informático de la Farmacia se fue adaptando a medida que transcurrían los meses para poder obtener el máximo de información posible, es así como del mismo se puede lograr establecer qué medicación recibe cada anciano, vencimientos, medicación recuperada y motivo del recupero (donación, PAMI, etc.)

Etapa 2: Noviembre 2011 – Julio 2012:

Prospectiva y concurrente respecto a la toma de datos y a las intervenciones en el sistema. Se procedió a la implementación del nuevo SDM.

En esta etapa se analizaron los siguientes aspectos del uso de medicamentos:

Caracterización del uso de medicamentos: Se registró la medicación entregada y se la categorizó según la Clasificación Anátomo-Terapéutica-Química (ATC). Además, se evaluaron los siguientes indicadores:

- Nº de medicamentos/paciente/día
- Porcentaje de pacientes polimedicados/mes
- Pacientes polimedicados según sexo
- Nº de medicamentos según código ATC

Gestión de la seguridad: Del PFT se analizaron los datos de las Dosis Mal Administradas (A), Dosis No Administradas (B) y Dosis Dispensadas Faltantes (R), referidas a errores de enfermería. Mientras que los datos de errores al transcribir la prescripción (K), Equivocación al preparar la medicación (L) y Falta medicación (M) hacen referencia a los errores provenientes del SF. Los indicadores medidos fueron:

- Nº de dosis no administradas/mes (omisión en la administración)
- Nº de medicamentos mal administrados/mes (medicamentos erróneos por dosis o frecuencia de administración incorrecta)
- Nº de errores del SF/mes (columnas K, L y M del PFT)
- Porcentaje de error y frecuencia
- Medicación faltante

Gestión económica: Para realizar un análisis y evaluación de la cantidad de medicamentos y pañales dispensados desde el SF al Servicio Hogar (SH), se utilizó como herramienta el Principio de Pareto. La dispensación de pañales, elemento que también se gestiona desde el SF, no se realiza en forma personalizada; por lo tanto, es adjudicada al Servicio en general, dato que queda registrado en el Sistema Informático y su seguimiento es de suma importancia debido a la incidencia en los costos que trae aparejado su consumo. Para poder compararlos, y teniendo en cuenta que el cambio en el SDM ya está implementado, el valor analizado es, para la primera parte (previo al recupero), el promedio de consumo en los meses de seguimiento (Nov 2011-Jul 2012). Mientras que en la segunda parte, al promedio se le resta el valor de lo recuperado (tres meses de pañales y dos meses de medicación). Los datos respecto a lo dispensado en ambas situaciones (antes y después del recupero de insumos) se obtienen del sistema informático y el costo que ello implica fue determinado en base a la cotización realizada por el área administrativa, del último mes de estudio. El costo se mide en pesos argentinos.

Se comparan ambos resultados utilizando un diagrama de Pareto que permita visualizar las dos representaciones del mismo fenómeno en tiempos diferentes.

RESULTADOS

1- Etapa 1: enero - septiembre de 2011

1.1- Descripción del lugar donde se llevó a cabo la investigación

El Servicio de Farmacia perteneciente al Hospital Iturraspe tiene a su cargo la distribución de insumos (medicamentos, pañales y material biomédico) a todos los Servicios Hospitalarios. Existen diferentes formas realizar dicha tarea, según la modalidad del Servicio receptor. A los Servicios de internación se los provee de medicamentos por SDMDU, a la Guardia por reposición diaria del consumo y a Quirófano por pedido.

Para realizar la labor cuenta con tres Farmacéuticas y una Enfermera.

El HA es un Servicio que no se encuentra encasillado en ninguna de las alternativas anteriores.

Legalmente forma parte de las actividades asistenciales del Hospital Iturraspe, pero en la práctica lo hace de manera independiente. Se encuentra ubicado por fuera de las Instalaciones del edificio principal, en la parte Norte del predio, luego del Servicio de Rehabilitación. Está poco integrado a la comunidad hospitalaria. La dispensa de medicamentos es una de las acciones que los mantiene vinculados históricamente, pero sin una participación activa del SF.

En este momento su capacidad de atención, por temas de infraestructura y personal, se reduce a 43 personas, alojadas en dos pabellones independientes para hombres y mujeres con un sector de enfermería en cada uno donde se brinda atención especial a aquellas personas que lo requieran por su estado de salud.

El personal que allí se desempeña depende del Gobierno Provincial, en su mayoría, y hay personal contratado por la Asociación Cooperadora (AC). Los recursos necesarios para su normal desenvolvimiento provienen del aporte que los mismos ancianos institucionalizados realizan a la AC y de los fondos comunes que se tienen para el resto del Hospital.

El médico gerontólogo que está a cargo de la atención en el HA es el médico de cabecera de la mayoría de los AM institucionalizados. El resto, tiene su propio médico de cabecera y sus prescripciones son respetadas por la institución, salvo emergencias, caso que cualquier profesional del Hospital puede atender.

Desde el punto de vista administrativo, el HA está a cargo de un Coordinador, personal no calificado designado para tramitar la provisión de los insumos básicos requeridos para el normal desenvolvimiento del Servicio, entre los que se encuentran los medicamentos y pañales.

Además, cuenta con personal compuesto por un médico gerontólogo de dedicación no exclusiva, personal de enfermería (en general 5 enfermeras por la mañana, 3-4 por la tarde y 2 por la noche), 4 personas en el turno mañana, que se encargan de la ropería (rotación de prendas, cuidado, arreglos, etc), personal de limpieza y cocina privatizados aunque con supervisión de la nutricionista del Hospital. El profesional farmacéutico no se encuentra dentro del equipo de personas que forman parte de este grupo y la dispensa de la medicación está a cargo exclusivo del personal de enfermería.

1.2- Población incluida

De los 43 pacientes institucionalizados, al momento de este estudio 22 eran mujeres (Promedio 80 años, intervalo: 71-100 años), y 21 hombres (Promedio 78 años, intervalo: 63-92 años). El 90% de ellos se encuentra asistido por las siguientes Obras Sociales: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y Programa Federal de Salud (PROFE) y al resto lo ayuda la familia, las donaciones que llegan al Establecimiento y lo que se pide al Hospital.

Para realizar este estudio se excluyeron: 1 AM, debido a la cantidad y variabilidad en la medicación que se le administra, y 10 que manejan su propia medicación (6 mujeres y 4 hombres). Por lo tanto se consideró, al inicio del estudio, una población de 32 personas (15 mujeres y 17 hombres). Esta población fue variando, a lo largo de los meses, entre 31 y 32 personas con excepción del mes de mayo de 2011 donde hubo 34 AM.

1.3- Análisis DAFO

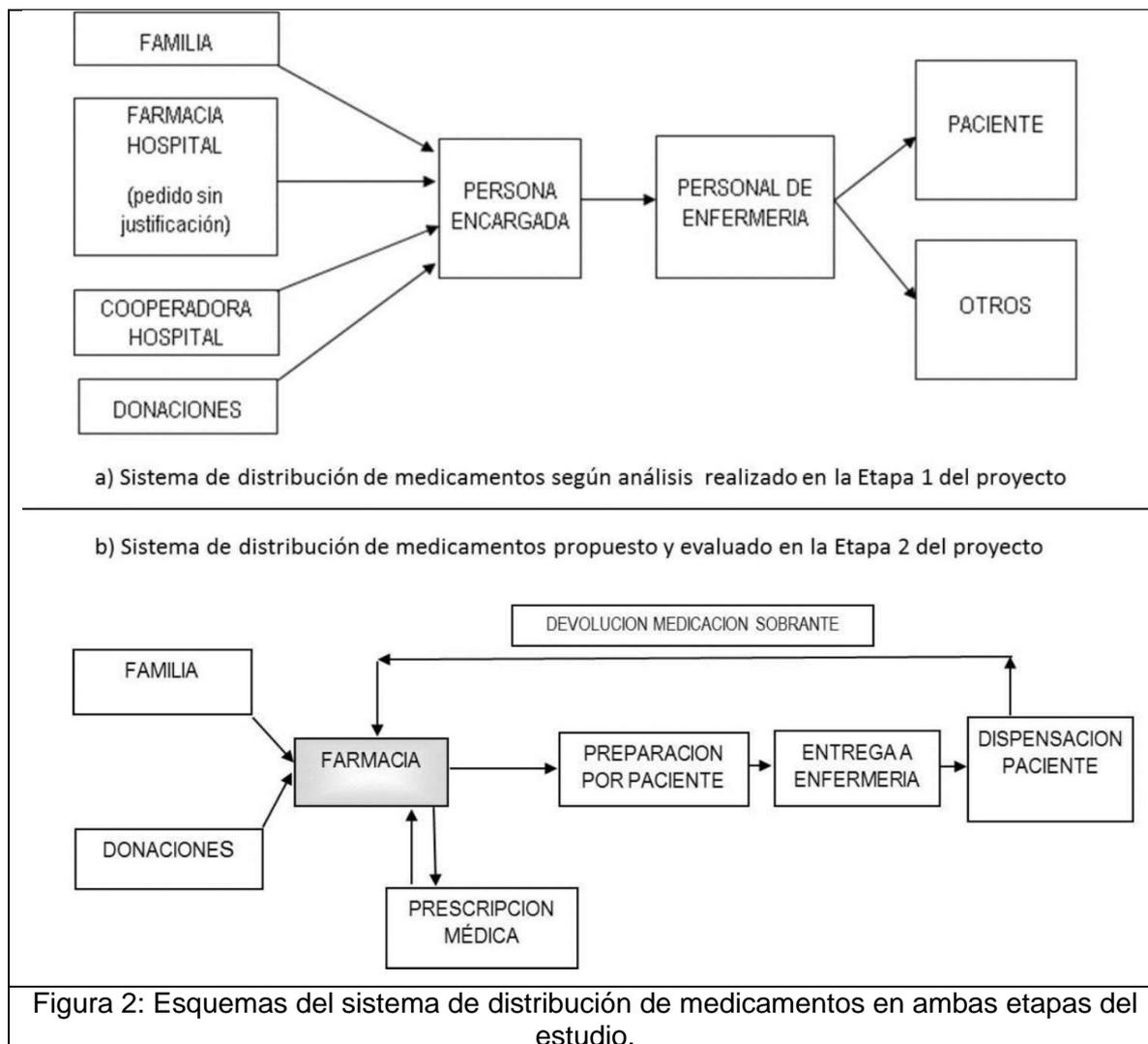
Teniendo en cuenta el rol del farmacéutico desde el Servicio de Farmacia y la necesidad de mejorar el SDM del HA, se realizó un análisis DAFO (Tabla 1) para visualizar y evaluar la situación real y planificar de esta manera, la estrategia a seguir.

Tabla 1: Análisis DAFO de la situación actual

	FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
FACTORES POSITIVOS	<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad operativa para reorganizar las actividades del SF optimizando los recursos disponibles y priorizando las funciones básicas. ● Posibilidad de que el farmacéutico tenga acceso al paciente, a la información respecto a su evolución clínica y al tratamiento farmacológico. ● Conocimiento de las metodologías para seguimiento farmacoterapéutico y sus ventajas. ● Decisión del farmacéutico de tener presencia activa en el Hogar lo que favorecerá la comunicación y la integración con otros profesionales del equipo de salud. ● Posibilidad de crear un comité de farmacia con los recursos humanos existentes. ● Posibilidad de implementar procedimientos normalizados de trabajo para la preparación y administración de medicamentos en el Hogar a fin de optimizar los recursos existentes. 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Libertad de acción para trabajar de parte de la Dirección del Establecimiento. ● Amplio apoyo del Departamento Contable del Establecimiento. ● Posibilidad de la implementación de un formulario que permita la identificación de los medicamentos lo que facilitará la realización de intervenciones farmacéuticas y la planificación de actividades de educación sanitaria. ● El Hogar se encuentra dentro de un centro asistencial con recursos humanos que cumplen funciones asistenciales, docentes y de investigación. ● La rotación de los AM en el HA es casi nula, lo que facilita el seguimiento personalizado de los pacientes. ● Número de camas estables. ● El paciente internado conoce los medicamentos que utiliza, contribuyendo al control de la medicación suministrada
ACTORES NEGATIVOS	<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● No existe accesibilidad del SF a la información del paciente ni comunicación con otros miembros del equipo de salud del Hogar, existe desconocimiento del paciente internado y de la medicación que se le administra. ● En el sistema actual la información que se obtiene es escasa para la correcta identificación y resolución de problemas relacionado con los medicamentos ● El sistema de distribución de medicamentos no se encuentra desarrollado. ● El almacenamiento de los medicamentos se realiza con stock desconocido. ● El stock de medicamentos existente en el Hogar no es controlado por el servicio de farmacia por lo que se producen pérdidas por vencimientos y faltantes por causas indefinidas. 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A excepción del prescriptor no se contempla otro profesional del equipo de salud. ● Algunos profesionales sanitarios se muestran escépticos respecto del aporte del farmacéutico para mejorar el curso clínico del paciente. ● Falta de difusión del rol del farmacéutico en las funciones clínicas. ● La creencia que el desarrollo de actividades clínicas por parte del servicio farmacéutico hospitalario crean conflictos de interés y de competencia con el médico u otro profesional. ● Las políticas sanitarias en nuestro medio no están claramente definidas. ● Escasa importancia al desarrollo de los sistemas de farmacia en los hospitales públicos de la provincia de Córdoba.

1.4- Análisis del Sistema de Distribución existente y propuesta del cambio

Como resultado del análisis de situación se elaboró un esquema de la distribución de medicamentos previa intervención del farmacéutico y se realizó la propuesta del nuevo SDM. (Figura 2).



Una vez convenida la implementación del nuevo SDM con el respaldo del cuerpo directivo, se comenzó a trabajar con el Personal de Enfermería para poder aunar esfuerzos en beneficio de todos y evitar roces innecesarios que surgen con todo cambio.

El procedimiento propuesto involucraba los siguientes pasos: el médico completa una hoja de prescripción en la carpeta de indicaciones de enfermería, desde donde la

farmacéutica transcribe a los PFT y el personal de enfermería consulta para administrar la medicación al paciente. La farmacéutica prepara las cajas individuales, cada una conteniendo medicación para el período de tiempo predeterminado en cada etapa, con la posología adecuada para cada fármaco y con el nombre del AM al que corresponde (ANEXO 3).

1.5- PNT del nuevo Sistema de Distribución de Medicamentos

Para dar comienzo a un trabajo organizado se confecciona un procedimiento normalizado de trabajo (POE-SF-al-SHG 001) el cual se adjunta en el ANEXO 4.

El diagrama de flujo del nuevo procedimiento para distribuir los medicamentos se presenta en la Figura 3.

2- Etapa intermedia o Fase de transición: Octubre de 2012

En esta fase de transición, además de trabajar en conjunto con el personal del HA para implementar el cambio, se procedió a organizar las siguientes actividades:

- Definir las cantidades de medicamentos en el Botiquín y de los stocks de reserva.
- Sistema de recupero de la medicación.

Para realizar los cambios y definir las cantidades de medicamentos a entregar la presencia del farmacéutico fue diaria.

Se comenzó retirando del HA aquella medicación que no sea la absolutamente necesaria para los AM en el período acordado. Se dejó un Botiquín de emergencias (para casos graves) y una pequeña reserva de planta, (compuesta por una cantidad fija de algunos medicamentos que puedan ser necesarios fuera de las indicaciones diarias prescritas), que se fue modificando por consenso hasta ajustarse a las necesidades reales. Se habilitó un cuaderno diario de consumo de esta medicación que se retira de la Reserva de planta, en el cual debe constar quién y cuánto utilizó, y de esa forma podrá ser asignada a quién corresponda y repuesta para mantener el stock constante.

En esta fase de organización, también se procedió a dar de baja todos los insumos vencidos.

La medicación recibida de parte de algunos familiares se la envió, en forma inmediata, a la Farmacia, ya sea trasladada por el mismo familiar o por el personal que la recibió y se procedió a asentarla en los registros del SF. Con el transcurso de los

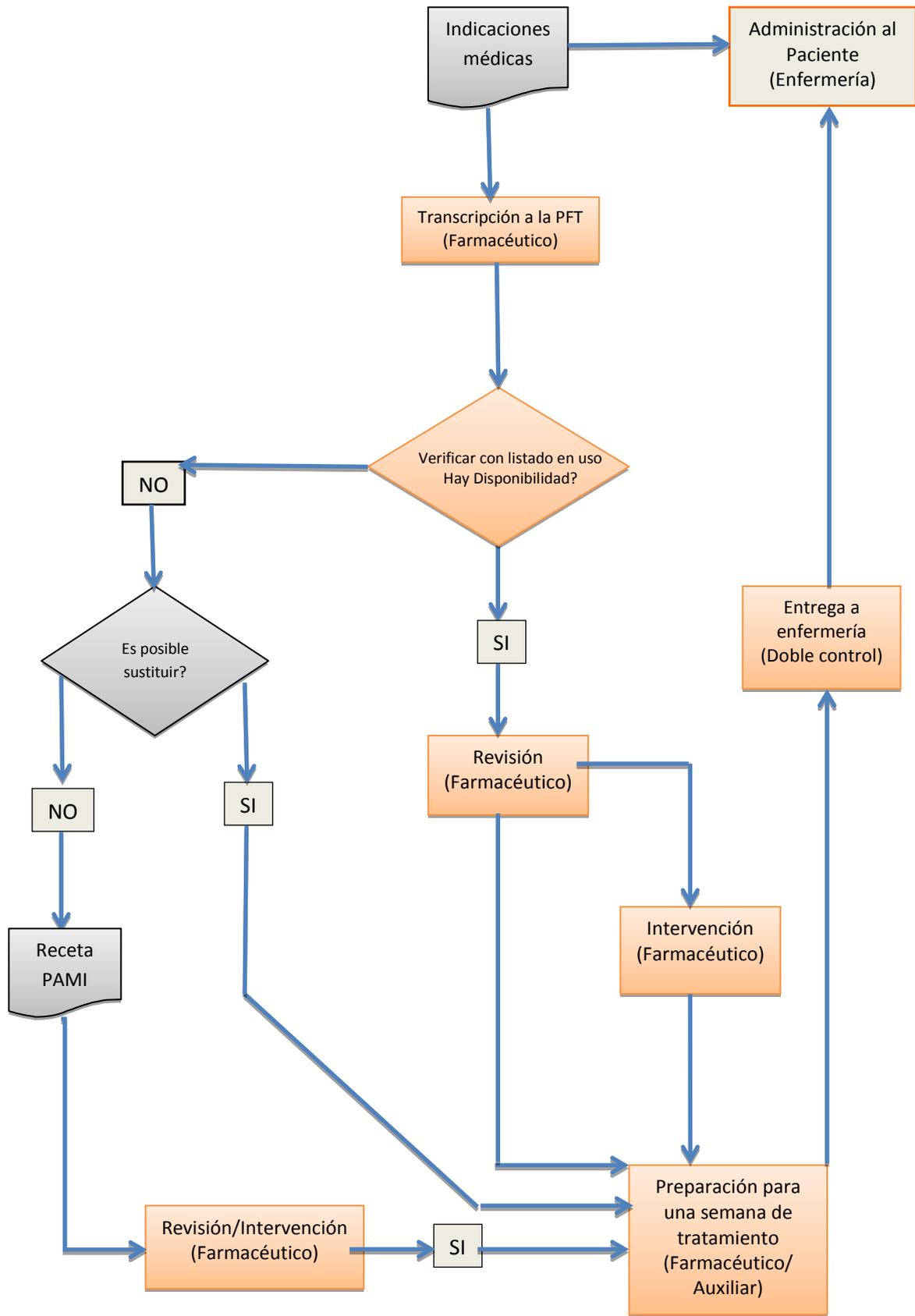


Figura 3 Diagrama de Flujo para el nuevo SDM

meses se realizaron las gestiones para el recupero de medicación y pañales (insumo que incide de forma predominante en los costos) directamente de la Obra Social PAMI a la que la pertenecen la mayoría de los AM (81 %).

En el primer mes de este estudio (octubre 2011) se dispensó la medicación prescrita para cubrir 15 días de tratamiento, ésta quedó organizada en el casillero respectivo de cada AM. (ANEXO 5)

3- Etapa 2: noviembre 2011 – julio 2012

Desde el mes de noviembre la medicación se entregó en forma semanal, quedando diferenciadas dentro de este período una etapa de adaptación (Noviembre-Diciembre-Enero) y el resto de los meses (Febrero-Julio) se puede considerar que el sistema ya comienza a funcionar en la forma que lo hará habitualmente de aquí en adelante.

Se revisó retrospectivamente, del SDM existente, los medicamentos dispensados al HA según el sistema informático perteneciente al SF. El único dato que se logró extraer del mismo fue la cantidad total de unidades (comprimidos, aerosoles, ampollas y formas farmacéuticas líquidas, entre otras) entregadas, debido a que el pedido de los medicamentos se realizaba en forma verbal y sin una justificación o aval de prescripción.

Luego del cambio de SDM, los datos de la medicación entregada se registraron en el PFT diseñado. En él se anotaron, además, todo tipo de incidentes referidos a la medicación y se analizó semanalmente para identificar errores, encontrar sus causas y aplicar medidas correctoras de manera consensuada.

Desde esta planilla se transfieren los datos al Sistema informático del SF para su posterior análisis.

3.1- Caracterización del uso de medicamentos

Del total de meses que se realizó el seguimiento, un promedio de 59,4% de los pacientes (19) reciben 4 fármacos o menos por día; el 37,6 % (12) recibe entre 5-7 fármacos; mientras que el 3 % (1) recibe más de 8 fármacos diarios. El Gráfico 1 muestra la evolución de la prescripción a través del tiempo.

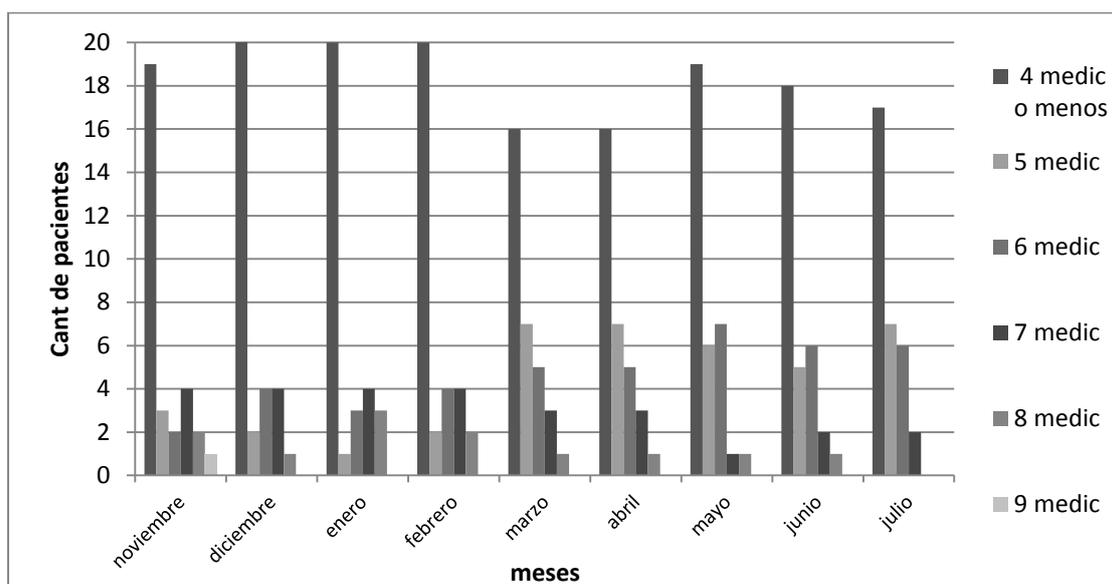


Gráfico 1: Cantidad de pacientes y medicamentos prescritos a través del tiempo.

La evolución del porcentaje de pacientes polimedicados en función del tiempo transcurrido se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2: Relación entre la cantidad de pacientes polimedicados con el número total de internos durante los meses de estudio.

Meses	Cantidad de pacientes	Pacientes con más de 5 medicamentos prescritos	Pacientes polimedicados (%)
NOVIEMBRE	32	12	37,5
DICIEMBRE	32	11	34,4
ENERO	31	11	35,5
FEBRERO	31	11	35,5
MARZO	32	16	50,0
ABRIL	32	16	50,0
MAYO	34	15	44,1
JUNIO	32	14	43,7
JULIO	32	15	46,9
PROMEDIO	32	13	42,0

Del total de medicamentos prescritos, el mayor porcentaje pertenece a los hombres, pero con predominancia femenina muy leve en la polimedicación. Estas diferencias se muestran en las Tablas 3 y 4.

Tabla 3: Diferencias en la prescripción según sexo			
Cantidad de medicamentos prescritos	Porcentaje según sexo		Totales
	Hombre	Mujer	
4 medicamentos o menos	34,4	25,0	59,4
5 medicamentos o más (Polimedicación)	18,7	21,9	40,6
TOTALES	53,1	46,9	100

Tabla 4: Distribución de la Polimedicación entre ambos sexos		
Polimedicación	Porcentaje (%)	
	Hombre	Mujer
5 medic	9,4	6,3
6 medic	6,3	6,3
7 medic	3,0	6,3
8 medic	0,0	3,0
TOTAL	18,7	21,9

Los medicamentos más utilizados a partir del cambio de SDM se clasificaron según el Código ATC. Los dos grupos terapéuticos principales fueron el N (Sistema nervioso) y el C (sistema cardiovascular). La distribución de los medicamentos por grupos se presenta en el Gráfico 2.

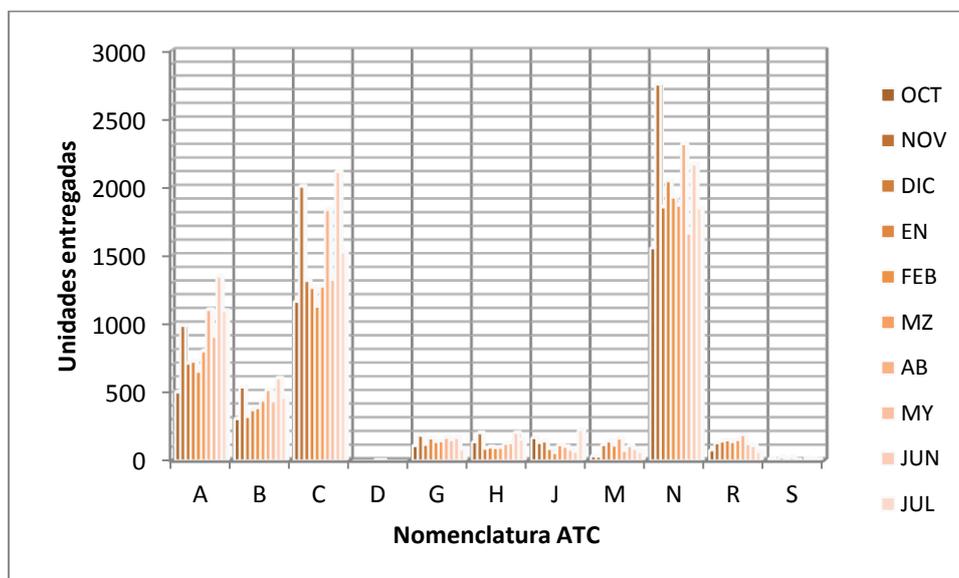


Gráfico 2: Consumo de medicamentos según el Código ATC a través del periodo de tiempo analizado

Dentro del promedio de 5600 unidades mensuales entregadas existen 171 medicamentos (142 principios activos), de los cuales 34 medicamentos (20%) componen el 80% del consumo. Esos 34 medicamentos corresponden a 30 IFA. Se observa también que solamente 15 medicamentos (13 PA) abarcan el 60% de las unidades entregadas, siendo la incidencia del medicamento número 15 de sólo el 2% sobre el total. La Tabla 5 muestra la distribución de dichos medicamentos agrupados según el código ATC.

Tabla 5: Los 34 medicamentos (30 principios activos) más prescritos, su consumo promedio mensual (en unidades) y clasificación según el Código ATC.

Código ATC	Medicamento	Consumo promedio mensual	Código ATC	Medicamento	Consumo promedio mensual
N05AX08	RISPERIDONA 1 - 0,5 MG COMP	371,7	C09AA02	ENALAPRIL 10-5 MG COMP	754,2
N03AB02	FENITOINA 100 MG COMP	242,3	C03CA01	FUROSEMIDA 40 MG COMP	154,4
N03AE01	CLONAZEPAM 1 - 0,5 - 2 MG COMP	461,0	C08CA06	NIMODIPINA 30 MG COMP	121,7
N06AB06	SERTRALINA 50 MG COMP	155,2	C07AG02	CARVEDILOL 3.125 MG COMP	62,8
N05BA01	DIAZEPAM 5 MG COMP	114,0	C01DA14	ISOSORBIDE MONONITRATO 20 MG COMP	48,5
N05BA06	LORAZEPAN 2.5 MG COMP	87,3	C01BD01	AMIODARONA 200 MG COMP	48,0
N06DX01	MEMANTINE 10 MG COMP	74,33	C03DA01	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMP	44,1
N05CF02	ZOLPIDEM 10 MG COMP	73,2			
N02BE01	PARACETAMOL 500 MG COMP	61,7			
N07CA01	BETAHISTINA 8 MG COMP	51,0			
N04BA02	LEVODOPA + BENZERASIDA 125 MG COMP	46,9			
TOTALES		1738,7			1233,8
PORCENTAJE (%)		N = 30,9			C = 21,9

Código ATC	Medicamento	Consumo promedio mensual	Código ATC	Medicamento	Consumo promedio mensual
A03AA05	TRIMEBUTINA 200 MG COMP	189,2	B01AC06	ACETIL SALICILICO ACIDO 100MG COMP	399,3
A10BA02	METFORMINA 850 MG COMP	186,0			
A02BA02	RANITIDINA 150 MG COMP	182,4			
A02BC01	OMEPRAZOL 20 MG COMP	144,2			
A11AA03	VITAMINAS + MINERALES COMP	76			
A02BC02	PANTOPRAZOL 20 MG COMP	42			
TOTALES		42,0			399,3
PORCENTAJE (%)		A = 14,6			B = 7,1

Tabla 5 (Continuación): Los 34 medicamentos (30 principios activos) más prescritos, su consumo promedio mensual (en unidades) y clasificación según el Código ATC.

Código ATC	Medicamento	Consumo promedio mensual	Código ATC	Medicamento	Consumo promedio mensual
R06AA02	DIFENHIDRAMINA 50 MG COMP	63,7	H03AA01	LEVOTIROXINA 50 MCG COMP	65,3
R06AA02	DIMENHIDRINATO 50 MG COMP	60,1	H03AA01	LEVOTIROXINA 100 MCG COMP	46,0
TOTALES		123,8			111,3
PORCENTAJE (%)		R = 2,2			H = 1,9

Código ATC	Medicamento	Consumo promedio mensual	Código ATC	Medicamento	Consumo promedio mensual
G04CA03	TERAZOSINA 5 MG COMP	95			
TOTALES		95	OTROS		1104,7
PORCENTAJE (%)		G = 1,7	PORCENTAJE		19,6

3.2- Gestión de la Seguridad

A fin de verificar la seguridad del cambio de SDM, en el contexto de este trabajo, se registraron los datos referidos a Dosis No Administradas y los Medicamentos Mal Administrados.

Se consideró Dosis No Administradas a aquellas que no llegaron al paciente por una causa no justificada. La evolución fue de 292 dosis en noviembre, 143 en diciembre y luego una brusca caída que con altibajos se mantiene en el tiempo. La cantidad de dosis no administradas se presenta en el Gráfico 3.

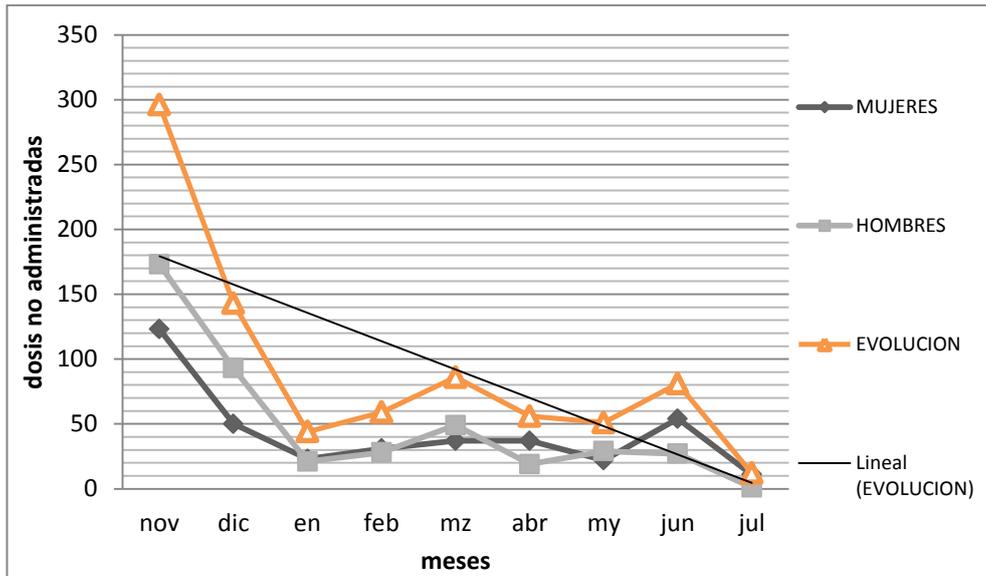


Gráfico 3: Evolución del error dosis No Administradas a través del tiempo.

Los medicamentos más involucrados en las dosis no administradas se presentan en el Gráfico 4.

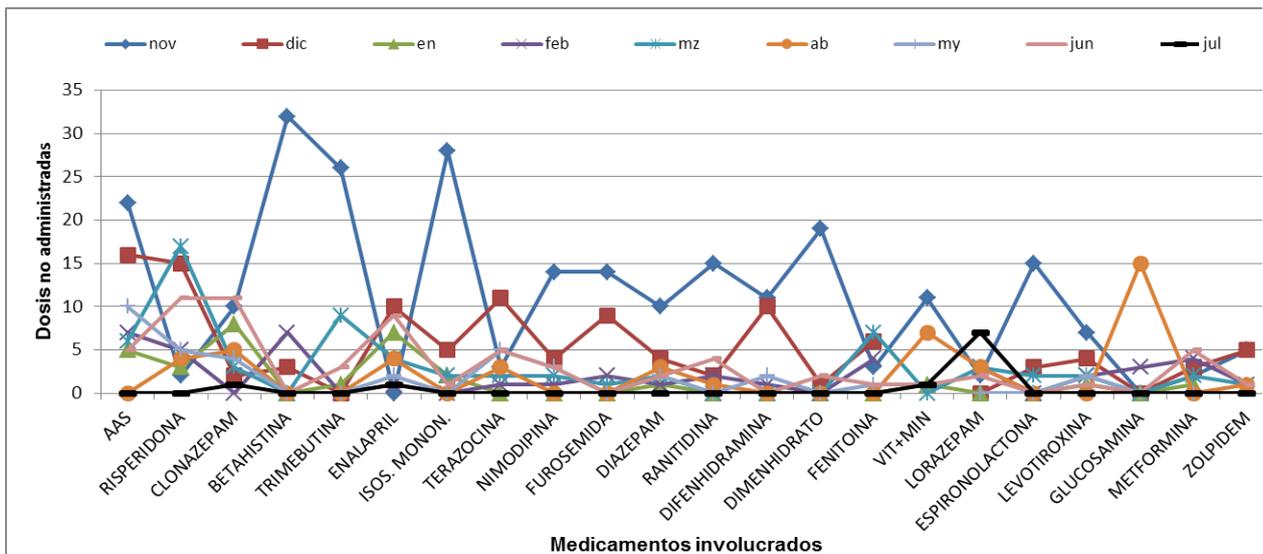


Gráfico 4: dosis No Administradas y los medicamentos involucrados a lo largo del estudio.

La distribución según el Código ATC de los medicamentos cuyas dosis no fueron administradas coincide con el de la prescripción (Gráfico 5).

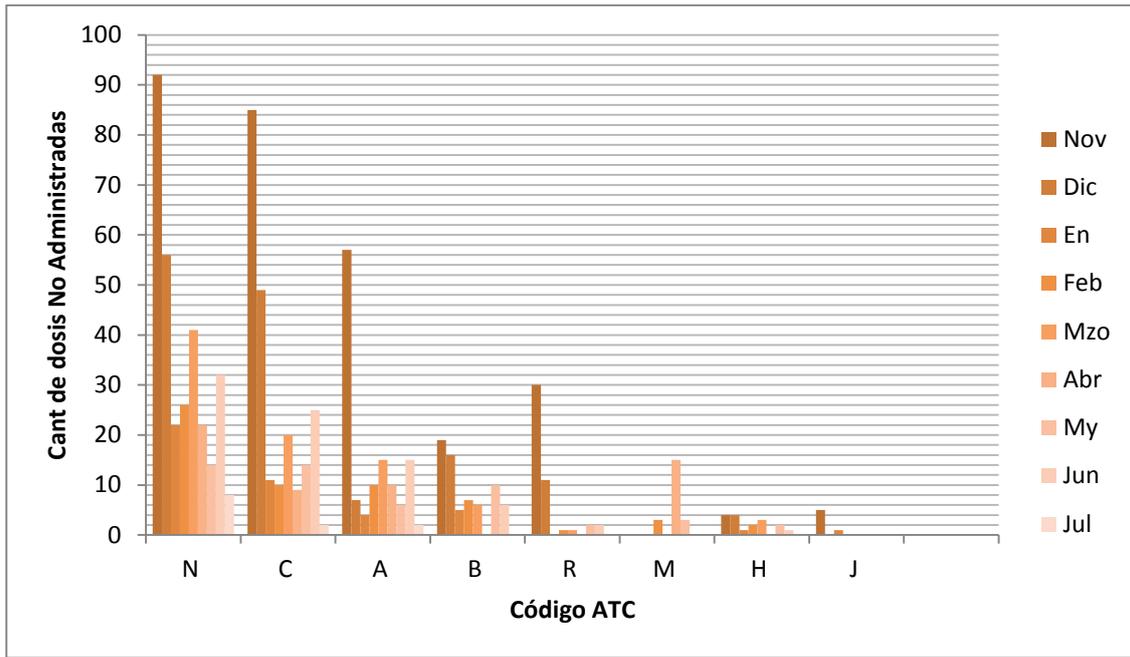


Gráfico 5: Distribución de las dosis No Administradas según el Código ATC a través del tiempo.

Por medicamentos Mal Administrados se consideraron aquellos en los cuales se produjo un error en la administración al paciente, por ej. en la dosis. En el tiempo evaluado, se logró disminuir de 65 dosis mal administradas en el mes de noviembre, a 12 en diciembre y solamente 1 en el mes de enero, sin grandes variaciones en los meses siguientes. (Gráfico 6)

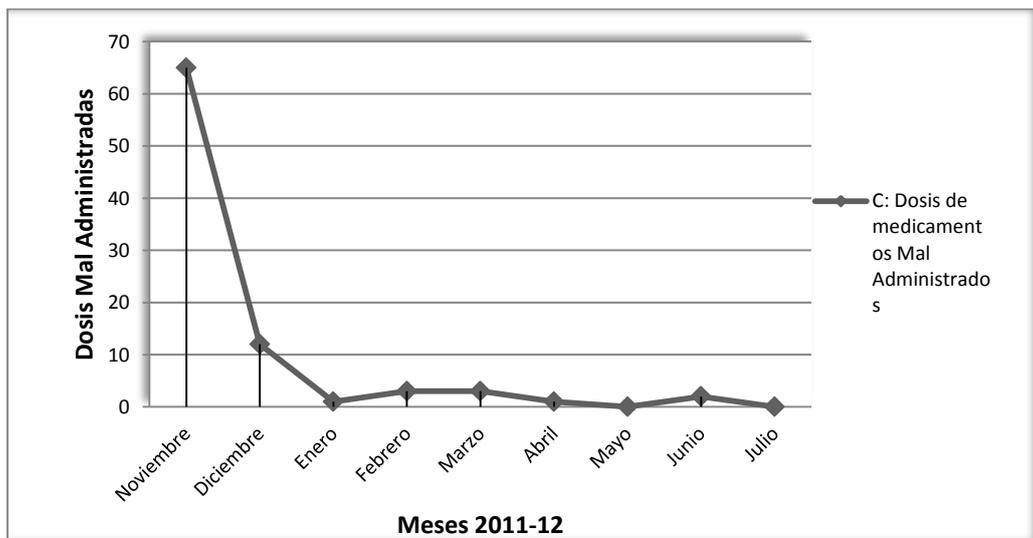


Gráfico 6: Dosis Mal Administradas con el transcurso del tiempo.

Los errores de medicación evaluados fueron únicamente los que llegaron al paciente, o sea los No Administrados y los Mal Administrados, los cuales en su conjunto resultaron en 5,9% (360 dosis) durante el mes noviembre; 3,1% (155 dosis) en diciembre y el 1,0% (45 dosis) en enero, sin cambios significativos en adelante. Estas cifras se obtuvieron utilizando como referencia el total de dosis prescritas a los pacientes en su respectivo mes. (Tabla 6)

Tabla 6: Errores de medicación evaluados					
Meses en seguimiento	Promedio de dosis mensuales (VO) totales prescritas	C: Dosis mensuales de medicamentos Mal Administrados	F: Dosis mensuales de medicamentos No Administrados	Total Errores	Porcentaje de los errores sobre las dosis prescritas (%)
Noviembre	6123	65	295	360	5,9
Diciembre	4988	12	143	155	3,1
Enero	4312	1	44	45	1,0
Febrero	4952	3	59	62	1,2
Marzo	5082	2	86	88	1,7
Abril	6239	1	65	66	1,1
Mayo	5171	0	51	51	1
Junio	6519	2	81	83	1,3
Julio	5029	0	12	12	0,2
PROMEDIO	5379	10	93	102	1,8

En el lapso de tiempo estudiado, un promedio del 61% de los pacientes ha sufrido algún error en la administración de medicamentos. La frecuencia de dichos errores fue: 9,2 para el mes de noviembre, 4,5 para diciembre, decreciendo y estabilizándose el resto de los meses. (Tabla 7)

Tabla 6: Cuantificación de los errores respecto a los pacientes en seguimiento

Meses	Cantidad de pacientes con algún error	Cantidad de pacientes incluidos	Prevalencia (%)	Cantidad de errores contabilizados	Frecuencia
Noviembre	29	32	91	295	9,2
Diciembre	26	32	81	143	4,5
Enero	17	31	55	44	1,4
Febrero	21	32	66	59	1,8
Marzo	19	32	59	86	2,7
Abril	20	34	59	65	1,9
Mayo	15	32	47	51	1,6
Junio	25	32	78	81	2,5
Julio	5	32	16	12	0,4
PROMEDIO	20	32	61	93	2,9

Las referencias K, L y M del PFT, relacionadas a errores originados en el SF, presentaron en conjunto una disminución con el paso de los meses. (Gráfico 7).

Al ser tan pocos, no se presentan discriminados por su causa.

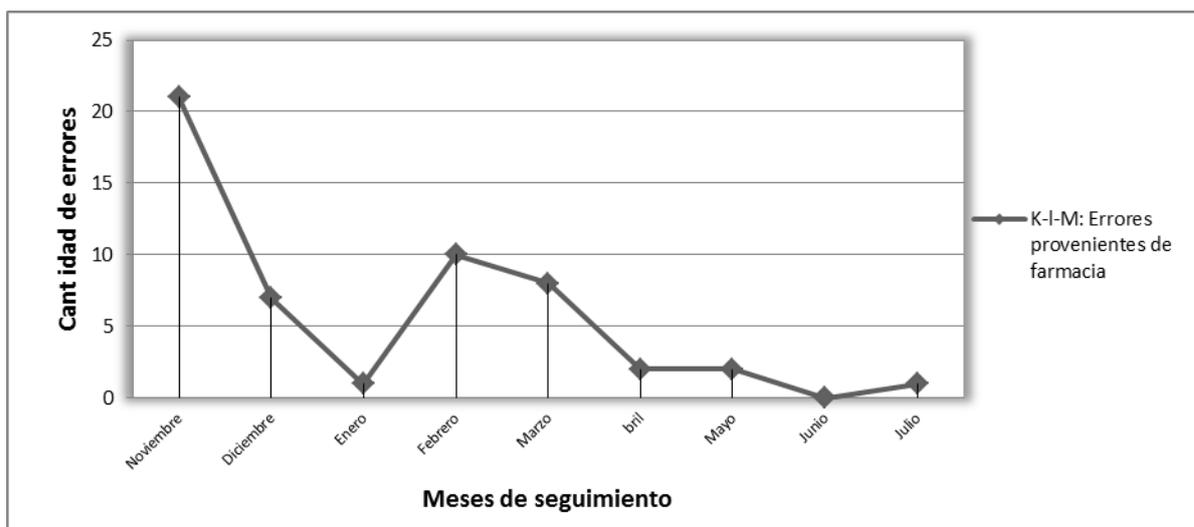


Gráfico 7: Errores cometidos desde el Servicio de Farmacia.

La Medicación Faltante (aquella que se entregó desde el SF, pero no se encontraba en Enfermería al momento de administrar) se puede apreciar en forma detallada en el Tabla 8. Allí se destaca que, durante el primer mes (noviembre), faltaron 35 comprimidos de *risperidona* y el resto de la medicación lo hace en cantidades variadas.

Tabla 7: Medicación Faltante discriminada según los meses de seguimiento.										
	Nov	Dic	Enero	Feb	Mzo	Abr	My	Jun	Jul	Totales
Risperidona	35		10							45
Ácido Acetil Salicílico				10			4			14
Enalapril	5				5	3				13
Nimodipina	10								1	11
Fenitoína	9								1	10
Metformina	8								1	9
Clonazepam 0,5 mg	6									6
Clonazepam 1 mg	6									6
Omeprazol	6									6
Zolpidem	5									5
Diazepam			4							4
Clonazepam 2 mg	3									3
Diazepam	3									3
Oxibutinina			3							3
Vitamina+Minerales	3									3
Memantine	1		2							3
Levotiroxina	1								1	2
Enalapril			1							1
Pantoprazol			1							1
Sertralina	1									1
Trimetoprima+Sulfametoxazol	1									1
Trimebutina	1									1
Dimenhidrato									1	1
Betahistina									1	1
Saxagliptina									1	1
Totales	104	0	21	10	5	3	4	0	7	154

3.3- Gestión Económica

La cantidad de medicación entregada, se obtuvo de los registros informáticos del Servicio de Farmacia. En el SDM anterior (tradicional por stock), nunca se recuperó la medicación no utilizada.

Los datos de las unidades de medicamentos y pañales (incorporados debido a su incidencia en el consumo y en los costos) entregados en los años 2009, 2010 y en los meses de 2011 (promedio mensual de dispensa) previos al cambio, se presentan en la Tabla 7. En la misma Tabla, también se muestran las cantidades entregadas en los 10 meses posteriores a implementar el cambio de SDM, y cómo se fue recuperando tanto medicación como pañales a lo largo del tiempo.

Por lo tanto una vez implementado el nuevo SDM y cuando la distribución de medicamentos y pañales tomó un ritmo constante, se inició la tarea de lograr de recuperar estos insumos por parte de las obras sociales en particular de aquellos ancianos que poseen una cobertura del 100%. La provisión de los mismos, en un primer momento era solventada por algunos familiares, cuyo convenio con el HA era de proporcionar la medicación y pañales necesarios para los AM. Desde el SF no se procedió al reclamo constante a familiares por falta de tiempo, por lo tanto se dejó de recibir éstos casi por completo. (Tabla 9).

El trabajo conjunto entre farmacéutica, médico y personal de cooperadora, permitió realizar las gestiones ante las Obras Sociales PAMI y luego PROFE, a las cuales pertenece la mayoría de los AM institucionalizados. El 81% de los AM era afiliado al PAMI, el 9,3% recibía asistencia de PROFE y el 9,7% restante no tenían Obra Social. Se presentó toda la documentación solicitada por estas instituciones y, de esta forma, se consiguió recuperar parte de la medicación y pañales utilizados en la atención de sus pacientes.

Una vez conseguidas las autorizaciones correspondientes se procedió a iniciar el recupero¹.

¹ Proceso por el cual la institución recibe de parte de la Obra Social que asiste a algunos de los AM la devolución de una parte de los insumos utilizados en la atención de sus afiliados.

Tabla 8: Detalles de entrega y recupero de medicamentos y pañales durante el tiempo del estudio.

	Prome dio Año 2009	Prome dio Año 2010	Ene - Set 2011	Oct 11	Nov 11	Dic 11	Ene 12	Feb 12	Mar 12	Abr 12	May 12	Jun 12	Jul 12
Unidades mensuales ^{a)}	2710	2700	3200	4179	6998	4828	5064	4652	5128	6470	4988	6926	5585
Unidades recuperadas ^{b)}	s/d	s/d	s/d	440	554	750	254	142				2419	3663
Pañales entregados ^{c)}		2000			5244	3888	3864	4002	3864	4830	3726	4830	3726
Pañales recuperados ^{d)}										900	1590	2160	2070
Unidades recuperadas desde el HA ^{e)}	s/d	s/d	100	279	613	305	130	234	178	234	248	407	32

^{a)} Unidades: cantidad total de medicación entregada por el SF o promedio mensual.

^{b)} Medicación traída por familiares en los primeros meses y aportada por PAMI luego (Jun-Jul)

^{c)} Cantidad de pañales consumidos mensuales

^{d)} Pañales que se recuperan por aporte de PAMI

^{e)} Cantidad de medicación que vuelve al SF debido a las gestiones del farmacéutico en sala.

Los datos de consumo y el impacto que causa el ítem pañales en el presupuesto, quedó demostrado según se observa en la Tabla 10.

Tabla 9: Análisis de Pareto del promedio de los costos de consumo de medicamentos y pañales (Nov 2011-Jul 2012).				
Descripción	Promedio consumo Nov 2011-Jul 2012	Precio Unitario ^{a)}	Precio Consumo	Porcentaje sobre el costo total (%)
Pañales	4500,0	1,2	5265,0	47
Zolpidem	73,2	7,7	563,8	5
Tiras control Glucosa	2,9	145	420,5	4
Insulina	1,4	223	322,1	3
Saxagliptina	30,0	10,7	321,0	3
Trimebutina	189,2	1,1	208,1	2
Trimetoprima+Sulfametoxazol	34,0	5,9	200,3	2
Memantine	74,3	2,3	174,7	2
Terazosina 5	95,0	1,7	158,7	1
SPGV ^{b)} (Solución Fisiológica)	30,0	5,2	156,0	1
Lactulosa	9,1	17	154,9	1
Vitaminas+Minerales	76,0	2	152,0	1
Levodopa+Benzeracida 250	37,4	3,7	140,4	1
Clonazepam	202,9	0,7	139,9	1
Terazosina 10	37,9	2,9	111,7	1
Enalapril+Hidroclorotiazida	40,8	2,5	101,9	1
Levomepromazina (gtas)	1,3	75	100,0	1
Risperidona	315,3	0,3	94,6	1
Fenitoína	242,3	0,4	94,5	1
Levodopa+Benzeracida 125	46,9	1,9	91,4	1
OTROS (153 Productos restantes)	4134,3		2118,8	19
TOTAL UNIDADES DISPENSADAS	10174,0			
COSTO DE LA DISPENSA MENSUAL			11090,5	

a) Precio tomado de la cotización realizada por la oficina de compras del Hospital durante el último mes del estudio.
b) SPGV: Soluciones Parenterales de Gran Volumen

El resultado de la nueva recopilación de datos de consumo se presenta en la Tabla 11, donde el mayor porcentaje corresponde de igual manera al ítem pañales.

Tabla 10: Análisis de Pareto del promedio de los costos de consumo teniendo en cuenta lo recuperado a través de las Obras Sociales.

Descripción	Promedio consumo teniendo en cuenta el recupero	Precio Unitario ^{a)}	Precio Consumo	Porcentaje sobre el costo total (%)
Pañales	2400,0	1,17	2808,0	44
Tiras control Glucosa	2,9	145	420,5	7
Insulina	1,4	223	322,1	5
Trimetoprima+Sulfametoxazol	34,0	5,9	200,3	3
Memantine	74,3	2,5	174,7	3
Trimebutina	149,2	1,1	164,1	3
SPGV ^{b)} (Solución Fisiológica)	30,0	5,2	156,0	2
Vutaminas+Minerales	76,0	2	152,0	2
Terazosina 10	37,9	2,9	111,8	2
Clonazepam	152,9	0,7	105,5	2
Lactulosa	6,1	17	103,9	2
Enalapril+Hidroclorotiazida	40,8	2,5	101,9	2
Bisacodilo	23,0	3,6	82,8	1
Oxibutinina	31,3	2,4	76,8	1
Solución Parenteral de Gran Volumen (Dextrosa)	12,0	6,2	74,4	1
Amoxicilina+Acido Clavulánico	8,8	7,9	69,2	1
Ticlopidina	14,6	4	58,2	1
OTROS (140 Productos restantes)	2493,8		1258,9	20
TOTAL UNIDADES DISPENSADAS	5589,0			
COSTO DE LA DISPENSA MENSUAL			6441,1	

a) Precio tomado de la cotización realizada por la oficina de compras del Hospital durante el último mes del estudio.

b) SPGV: Soluciones Parenterales de Gran Volumen

Los valores obtenidos en el antes y después de la intervención se plasmaron en dos diagramas de Pareto (ANEXO 6) debido a que éste comunica de forma clara y evidente el resultado del análisis de comparación.

Cabe aclarar que el pedido de medicación a las Obras Sociales se hacía a través de un trámite que consistía en la presentación de la documentación de cada AM acompañada del recetario correspondiente, el cual podía o no ser autorizado. Si era autorizado, dicha receta debe repetirse consecutivamente todos los meses, o sea no se puede realizar ningún cambio sin la nueva presentación de toda la documentación, por lo tanto hay medicación que se sigue recibiendo y no es utilizada por los AM, debido a haberse realizado algún cambio en la prescripción. Dicha medicación es afectada al stock general del SF para ser utilizada en el internado del Hospital. (Tabla 12).

Tabla 11: Medicación recuperada de las O. Sociales que pasa a formar parte del stock del SF y su aporte a los costos.

Medicamentos recuperados y NO Utilizados en la dispensa	Unidades mensuales promedio dispensadas (Nov-Jul)	Unidades mensuales promedio recuperadas (A partir de Junio)	Precio Unitario (tomado de la cotización del último mes del estudio)	Valor en pesos de la medicación recuperada y no utilizada	Unidades no utilizadas para la dispensa al HA y que pasan a stock de farmacia
Clorpromazina 25mg	28,1	30,0	0,7	1,3	1,9
Amiodarona	48,0	50,0	1	2	2,0
Nimodipina	26,2	30,0	0,5	2	3,8
Metformina 850mg	186,0	200,0	0,3	4,4	14,0
Paroxetina	18,2	30,0	0,6	7,4	11,8
Levodopa+Benzerasida 250mg	37,4	40,0	3,7	9,6	2,6
Espironolactona 25mg	44,1	60,0	0,6	9,9	15,9
Carbamacepina 200mg	11,8	120,0	0,3	31,4	108,2
Terazosina 5mg	95,0	120,0	1,7	41,7	25,0
Quetiapina 25mg	30,3	60,0	1,5	44,8	29,7
Levodopa+Benzerasida 125mg	46,9	70,0	1,9	45,1	23,1
Losartan 50mg	15,7	30,0	3,4	48,2	14,3
Metilprednisona 40mg	9,3	40,0	2,3	70,5	30,7
Levotiroxina 50mg	65,3	280,0	0,5	105,2	214,7
Zolpidem 10mg	73,2	90,0	7,7	129,2	16,8
Glucosamina+Asociaciones	21,8	90,0	3,5	238,8	68,2
TOTALES	757,4	1340,0		791,3	582,6

Considerando todas estas variables se llega a un 50,94% de recupero en los costos asociados a medicamentos y pañales del nuevo SDM. (Tabla 13)

Tabla 12: Impacto en los costos de las unidades recuperadas.						
Unidades mensuales dispensadas ^{a)} (Promedio Nov2011-Jul2012)	Unidades recuperadas (Promedio mensual a partir de Junio)		Costo ^{b)} unidades mensuales dispensadas (Promedio Nov2011-Jul2012) (\$)	Costo Unidades recuperadas		
	Afectadas a la dispensa	Pasan al stock de Farmacia		Utilizadas para la dispensa al HA	Valor que se agrega al stock de Farmacia	Ahorro sobre la dispensa al HA (%)
10174,4	4002,4	582,6	11090,5	5649,8	791,3	50,9

a) Se incluye la dispensa de pañales
b) Tomando como precio unitario los obtenidos de la cotización del último mes de estudio

Tomando estos datos, el costo mensual/paciente para la provisión de medicamentos y pañales varía entre \$346,6 (en el caso de tener que disponer de toda la medicación de parte del Hospital) a \$17,6 (cuando se gestionan los mismos por parte de las Obras Sociales).

Discusión

El Servicio de Farmacia cuenta con recursos humanos capaces de responder a las necesidades planteadas aceptando como desafío el cambio propuesto. La cantidad de profesionales capacitados que van formar parte del nuevo sistema es considerado el suficiente según la literatura, la cual indica recomendaciones sobre la relación farmacéutico/camas, según las funciones a desarrollar^{35,36}.

Este dato es de suma importancia debido a que la tarea de incorporar un nuevo servicio a los que ya se encuentran en funcionamiento, amerita destinar un profesional para tal fin, aunque no lo haga a tiempo completo.

El uso y gestión inadecuados de los medicamentos y material sanitario en el HA Enrique J. Carrá, se debe a un sistema de utilización de medicamentos desarticulado, generando desabastecimiento y pérdidas, provocando errores en la medicación y problemas relacionados con los medicamentos.

La etapa de planificación se planteó desde la perspectiva del SF. La organización no existe fuera de un entorno, por lo que el análisis externo permite fijar las oportunidades y amenazas que el contexto puede presentar.

Del diagnóstico realizado utilizando el análisis DAFO surge con claridad las posibilidades y limitaciones del proyecto como también la factibilidad de las propuestas.

Las estrategias internas pueden implementarse por decisión del Servicio de Farmacia, dependiendo de los recursos disponibles. Son factibles de realizar en un corto plazo y dependen directamente de la participación constante del farmacéutico que será responsable y de la decisión política de realizarlo por parte de las autoridades del establecimiento.

Las estrategias en seguridad del paciente se enfocan al desarrollo e implementación de medidas dirigidas a mejorar, entre otros, el suministro de medicamentos, siendo la dispensación y vigilancia de los mismos etapas fundamentales del proceso^{37,38}.

El diagnóstico del SDM realizado en la primera etapa fue útil para elaborar una propuesta de cambio más adecuada, aceptada por las autoridades de la institución y de rápida puesta en marcha.

Con la implementación del nuevo SDM en el HA, se centralizó la gestión del medicamento en el SF, se individualizó la farmacoterapia por paciente y se implementó el doble control (SF-Enfermería).

Se establece como sistema de dispensa de medicación la dosis unitaria semanal. La información que se obtiene de la PFT es útil para realizar análisis de consumos, seguimiento farmacoterapéutico, análisis de costos, errores de medicación, etc.

Con el nuevo proyecto, la responsabilidad del tratamiento farmacológico es compartida por médicos, farmacéuticos, personal de enfermería y de ser posible el propio paciente. Se integran así diferentes áreas hospitalarias con un enfoque sistémico a través del trabajo en equipo.

La mayor limitación a enfrentar para la realización del trabajo, fue la dificultad que implicó modificar las conductas, sobre todo en el personal de enfermería implicado directamente al mismo, respecto del medicamento y su gestión, debido al temor que el cambio genere mayor cantidad de trabajo y alteraciones en la rutina, y que al tratarse de un sistema con mayor control y fiscalización comprometa responsabilidades anexas, como expone el Ministerio de Salud de Chile en su “Guía para la organización, implementación y evaluación de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias” (2003)³⁹.

Aunque los resultados obtenidos de la utilización de la PFT son ampliamente satisfactorios, se requiere de un trabajo sistemático y de atención del farmacéutico implicado. Se observaron diversos tipos de problemas que varían en cuanto a urgencia y complejidad. A menudo la solución requirió de la coordinación de esfuerzos de diferentes personas (ej conseguir alguna medicación extra al listado en uso, o averiguar el porqué de la falta metódica de cierta medicación), alguna situación donde fue necesaria la consulta con el médico que realizó la prescripción, pero en la mayor parte de los casos el trabajo conjunto con el personal de enfermería permitió minimizar los diferentes errores identificados, tanto en la preparación de los medicamentos para su distribución (provenientes del SF) como en la administración de los mismos (provenientes de Enfermería).

Dentro del grupo en estudio prevalece una polimedicación promedio del 42,0% muy pareja entre ambos sexos, dicho resultado se encuentra dentro de los valores promedio que aparecen en diferentes estudios, aunque considerando la polimedicación extrema,⁴⁰ sólo un 3% de los pacientes la padecen, en franco contraste con los trabajos relacionados al tema^{41,42}.

Hay prevalencia del uso de determinados grupos de medicamentos que son los que responden a las patologías propias de la edad, siendo los tres primeros lugares similares a los de otros estudios realizados aunque no se encuentren en el mismo orden^{43,44,45}.

Si bien en algunos trabajos^{46,47} aparece el grupo de antiinflamatorios como uno de los más utilizados, en esta Institución no se encuentran prescritos como medicación crónica, y sólo se los administra bajo control de enfermería.

A través de la utilización del PFT, se instauró el análisis del consumo de medicamentos, lo que llevó a detectar y cuantificar algunos errores de medicación, indagar las causas y realizar las intervenciones necesarias para prevenir y/o corregir las fallas.

Los errores de medicación que se registraron, decrecieron en forma evidente a medida que se realizaban las intervenciones y ninguno de ellos fue grave para el paciente acompañando diferentes trabajos que sostienen que afortunadamente la mayoría de los errores de medicación no desembocan en daños^{48,49}.

La utilización de herramientas sencillas, como un Diagrama de Pareto, permitió objetivar y visualizar las transformaciones que se produjeron en el proceso.

La presencia del farmacéutico resultó una herramienta valiosa para todo el proceso que coronó en pos de una mejora en la calidad asistencial, acompañado de una disminución considerable en los costos.

Conclusiones

El hogar de Ancianos funcionaba con un SDM desarticulado, coordinado por una persona no calificada, motivo por el cual se generaban frecuentes desabastecimientos y pérdidas que llevaban a desinteligencias entre los distintos actores del sistema. La implementación y puesta en marcha de un Sistema de Distribución de Medicamentos programado de manera semanal y con la intervención del Farmacéutico como parte integrante del equipo de salud y directamente afectado a la preparación y dispensa, fue una alternativa de solución que la situación ameritaba, para llegar finalmente a los resultados esperados.

El PFT diseñado permitió obtener una variedad de datos. La cantidad promedio de unidades mensuales entregadas a partir del cambio fue de 5600, que corresponden a 171 medicamentos y 142 IFA. El 20% de ese total representa el 80% del consumo, y los medicamentos más utilizados (según su Clasificación ATC) fueron los grupos N, C y A ocupando los tres primeros lugares.

Respecto a los indicadores evaluados:

N° medicamentos/paciente/día: Un promedio de 19 pacientes consume 4 o menos medicamentos/día.

La mayor prescripción por paciente se realiza a los hombres (53,1%).

Porcentaje pacientes polimedicados/mes: El 40,6% de los pacientes está polimedicado con 5 medicamentos o más.

Pacientes polimedicados según sexo: Hombres 18,7% - Mujeres: 21,9%

La seguridad de los AM fue mejorando considerablemente en el transcurso del tiempo con la sola intervención farmacéutica. El total de errores de medicación evaluados (dosis no administradas y mal administradas) resultaron en su conjunto el 5,9% durante el mes de noviembre y llegando a un mínimo de 0,2% en julio.

Un promedio de 61% de los pacientes incluidos en este estudio resultó afectado por algún error en la medicación con una frecuencia promedio de 2,9 errores por paciente. Mientras que la prevalencia del error disminuye de 91 % (Nov) a 16% (Jul).

Los errores provenientes del Servicio de Farmacia también disminuyeron en el tiempo, y fueron detectados en el control doble que se realiza en el nuevo sistema según lo establecido por el Procedimiento Normalizado de trabajo instaurado.

Se detectaron faltantes específicas donde tuvo intervención la jefatura del área enfermería y se resolvió de manera favorable.

La utilización del Principio de Pareto fue una herramienta de valor inestimable en cuanto al análisis de la situación, desde donde se desprende la gran incidencia que el insumo pañales tiene en los costos de dispensación al Servicio Hogar. La comparación de la misma situación en un nuevo escenario donde se tiene en cuenta el recuperado permitió evidenciar la optimización en la gestión de los recursos. En ambos casos, aunque el ahorro fue del 50,9%, el ítem pañales constituye el 47 y 44% del porcentaje total de gastos respectivamente.

Los objetivos por los que se realizó este trabajo fueron cumplidos, demostrando que el trabajo en equipo y la buena interrelación entre los diferentes participantes del equipo de salud resultan beneficiosos para mejorar la gestión integral de suministros en la institución. Cabe destacar que, en este caso, la relación más directa y constante fue con el servicio de enfermería, pero los beneficios fueron para todas las partes involucradas: para la farmacia, una mejor gestión conlleva a un mejor seguimiento del paciente y la seguridad de una provisión constante, con toda la medicación necesaria para ser entregada en tiempo y forma; para enfermería, la mejor organización en la entrega y recepción de toda la medicación aliviana su tarea y evita pérdidas de tiempo innecesarias; para el anciano institucionalizado, asegura que los actores que intervienen se controlan mutuamente para que su medicación les llegue sin inconvenientes; para Contaduría una disminución de los costos y para la Dirección del Hospital es un avance en calidad asistencial.

A partir de esta experiencia, se estima que es necesario construir bases sólidas y duraderas en el sistema, proceso lento que conlleva a un cambio en la cultura organizacional y participativa desde el interior de la institución, para aumentar la eficiencia, efectividad y calidad de las prestaciones, implementando herramientas de autoevaluación que permitan determinar si las actividades se han desarrollado en la forma esperada y conseguido el resultado deseado.

Referencias

1. Martínez Sánchez JM. Desequilibrios Demográficos y Movimientos Migratorios. Congreso Internacional: IX Jornadas de Economía Crítica (JEC). Madrid, 25, 26 y 27 de marzo de 2004.[acceso 2013 May 31] Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/ec/jec9/pdf/A08%20-%20Mart%ednez%20S%e1nchez,%20Jos%e9%20Mar%eda.pdf>
2. Regazzoni CJ. La Argentina y el envejecimiento poblacional. Centro Argentino de estudios internacionales. [acceso 2013 May 31] Disponible en: http://www.caei.com.ar/sites/default/files/02_0.pdf
3. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. NACIONES UNIDAS - A/CONF.197/9. [acceso May 31].Disponible en: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_spanish.pdf
4. Alonso Galván P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasxo García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Revista Cubana de Salud Pública. V.33 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007 [acceso 2013 May 31] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000100010&script=sci_arttext
5. El envejecimiento y las personas de edad . Indicadores para América Latina y el Caribe. Cepal-Asdi. [acceso May 31] Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/cepal-separataindicadores-01.pdf>
6. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2012. CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. [acceso 2013 May 31]. Disponible en: http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm
7. Redondo N. Envejecimiento poblacional y condiciones de vida de los adultos mayores: variaciones observadas a través de los datos disponibles en el Censo Nacional de Población 2001
8. INDEC. Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y Demográficas. [acceso 2013 May 31] Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Argentina/ARGEN_01_Envejecimiento_poblacional_Redondo.pdf

9. Álvarez MF, Harrington ME, Maccagno MA, Maciá MR, Ribotta BS, Peláez E. Características Sociodemográficas de la Población Provincia de Córdoba. Ensayos Demográfico-Sociales. CEPyD. Ciudad de Córdoba 2004-[acceso 2013 May 31]. Disponible en: <http://www.cepyd.org.ar/pdfs/Cordobeses-Fasciculo1.pdf>
10. González-Celis Rangel AL. Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Autónoma de México. [acceso 2013 May 31] Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>
11. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Revista médica de Chile. Vol.139 n°8.Santiago ago 2011. 139: 1006-1014 [acceso 2013 May 31] Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000800005
12. Lobo A, Santos MP, Carcalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol 42.Sup 1. 2007.Pag 22-26 [acceso 2013 May 31] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X07735849>
13. Villanueva V. Evaluación del paciente anciano. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina-Facultad de Medicina – UNNE-October 2000. [acceso 2013 May 31].Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/evaluacion_paciente_anciano.htm
14. Oscanoa T. Interacción medicamentosa en Geriatria. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 65, Nº 2 – 2004. Págs. 119 – 126. [acceso 2013 Jun 27].Disponible en : http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v65_n2/enpdf/a06.pdf
15. Jiménez López G, Tas´w Martínez MJ, Peña Machado M de los A, Hernández Núñez A. Caracterización de las reacciones adversas medicamentosas mortales. Cuba 2000-2008. Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2012;2:21-26. [acceso 2013 Jun 27].Disponible en: <http://biomed.uninet.edu/2012/n2/jimenez.html>
16. Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr v.24 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008. [acceso 2013 Jun 27].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000400005&script=sci_arttext

17. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Roselló Leyva A, Brito Rodríguez G, Gil Benzant m. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.1-2 Ciudad de La Habana ene.-abr. 2005. [acceso 2013 Jun 27]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100002
18. Arriagada R, Jirón AM, Ruiz AI, Uso de medicamentos en el adulto mayor. Sección de Geriátria. HCUCh. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile. [acceso 2013 Jun 02] Disponible en: <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/N>
19. Villarreal Pérez JZ, Gómez-Almaguer D, Bosques+Padilla F. Errar es humano. Publicado en Medicina Universitaria 2011;13:69-71.vol 13 núm 5. Anales de Medicina Interna. Versión impresa ISSN 0212-7199 [acceso 2013 Jun 02] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-universitaria-304/errar-es-h>
20. Muiño Miguez AB. Jiménez Muñoz B, Pinilla Llorente ME, Durán García F, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del Paciente. An. Med. Interna (Madrid) v.24 n.12 Madrid dic.2007.[acceso 2013 Jun 02] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001200010&script=sci_arttext&tlng=pt
21. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et. als. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Rev Calidad Asistencial. 2011 [acceso 2011 Oct 19];26:194-200. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-calidad-asistencial-256/dise%C3%B1o-estudio-ibeas-prevalencia-efectos-adversos-hospitales-90014962-experiencias-internacionales-2011>
22. Mira, JJ. Aranaz. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Universidad Miguel Hernández-Medicina Clínica 2000-114(Supl 3):26-33. [acceso 2013 Jun 02] Disponible en: http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf
23. Castro Lara, A. Sistema de Utilización de Medicamentos y Errores de Medicación. Hospital Clínico-Universidad de Chile- Agosto 2001.[acceso 2013 Jun 02] Disponible en: http://www.soccas.cl/site/images/stories/jorvina2011/jorvina2011_5.pdf
24. Otero MJ, Domínguez Gil A. Actividades dirigidas a la prevención de errores de medicación en centros sanitarios de Castilla y León. Hospital Universitario de

- Salamanca-Informe Diciembre 2009. [acceso 2013 Jun 02] Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/memoria_proyecto_CYL.pdf
25. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud- Atención Farmacéutica-Informe de la reunión de la OMS-Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de setiembre de 1993. – [acceso 2013 Jun 10] Disponible en: <http://afi.com.uy/wp-content/files/Informe%20de%20la%20OMS.pdf>
 26. Napal V, González M, Ferrándiz JR. Tomo 1, Capítulo 2.6.1.1. Dispensación con intervención previa del Farmacéutico: dosis unitaria. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Farmacia Hospitalaria. 3ª Edición. Fundación Española de Farmacia Hospitalaria-Glaxo Smith Kline; 2002. p: 289-414 [acceso 2012 Feb]. Disponible en: http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap2-6-1-1.pdf
 27. Heft Cl. Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Diaria. Servicio de Farmacia Hospital San Martín; Paraná Entre Ríos; [acceso 2012 febrero 13]. Disponible en: http://www.aafhospitolaria.org.ar/capacitacion/8congreso_stafe/17-b.pdf
 28. Girón Aguilar, N. La gestión del suministro de medicamentos: Un pilar fundamental para el acceso a medicamentos. Curso Protección social en salud, políticas de acceso a medicamentos y equidad. OPS/OMS-CIESS-21-25 de abril 2008.[acceso 2013 Jun 06] Disponible en: <http://ebookbrowse.com/gestion-suministro-medicamentos-ops-nora-giron-pps-d345085524>
 29. Girón Aguilar N, D'Alessio R. N° 5.2 Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias. OPS/OMS Octubre 1997. [acceso 2013 Ab] Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/Hsp/HSE/doc187.pdf>
 30. Napal Lecumberri V. Gestión en farmacia hospitalaria. 2002.Cap. 4.2. pág 38-57. [acceso 2013 Jun 03] Disponible en: <http://www.ub.edu/legmh/capitols/giraldez.pdf>
 31. Martínez-Gallardo Prieto L, Nellen-Hummel H, Hamui-Sutton A, Halabe-Cherem J. Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (5): 513-521. Versión definitiva 27 de Abril de 2006. [Acceso 2013 Mzo 31] Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A44.pdf
 32. Las Patologías más frecuentes en las personas mayores. Incontinencia Urinaria. Asociación de Gerontología Social de Santa Fe. [Acceso 2013 Mzo 31] Disponible en: <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cda/enfermedades/enfermedades7.htm>

33. Lic Zarebski G, Dr Knopoff R. Vejez Descartable: Cuando el Pañal Absorbe lo que se Perdió de ser Escuchado. Primer Encuentro Nacional Sobre Calidad de Vida en la Tercera Edad. Universidad de Buenos Aires. 30 de septiembre / 1 de Octubre 1999 [Acceso 2013 Mzo 31] Disponible en: http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/3ra_edad/3/13.htm
34. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Roselló Leyva A, Brito Rodríguez G, Gil Benzant m. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.1-2 Ciudad de La Habana ene.-abr. 2005. [acceso 2013 Jun 27].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100002
35. Tamés MJ, Echarri E. La farmacia hospitalaria española en relación con la del resto de Europa. Combino pharm- © 2002 Ediciones Mayo, S.A-[acceso 2013 Jun 02] Disponible en: <http://www.combino-pharm.es/upload/publicaciones/farmacia.pdf>
36. Girón Aguilar N- DAlessio R. N° 5.3 - Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias. Implementación dosis unitaria. Serie medicamentos esenciales y tecnología -Octubre 1997. [acceso 2013 Jun01] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/30143940/>
37. Tejada Domínguez FJ. Nuevos Avances en la Dispensación de Medicamentos. D.U.E. Z.B.S. Villamartín, Cádiz, (España). RevistaSalud.com- inicio > Vol 7, No 26 (2011)[acceso 2013 Jun 04]Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/39/70>
38. González Capdevila G. El Diseño aplicado a la seguridad del paciente (Parte I): Guía para el Diseño del Ámbito de Dispensación de Medicamentos. AAF-Instituto de Investigaciones Epidemiológicas/ANM-Seguridad del paciente y error en medicina-[acceso 2013 Jun05] Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/lasa/documentos.asp>
39. Guía para la organización, implementación, desarrollo y evaluación de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias-Gobierno de Chile-Ministerio de Salud-2003-[acceso 2013 Jun01] Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline/7/4/1547-Guia_para_organizacion_implementacion_desarrollo_y_evaluacion.pdf
40. Mínguez Sorio MaP, Gallardo Ganuza C, Bidabehere A, Ortiz Domínguez L. Estudio de la medicación en ancianos de un centro de salud. X Semana De

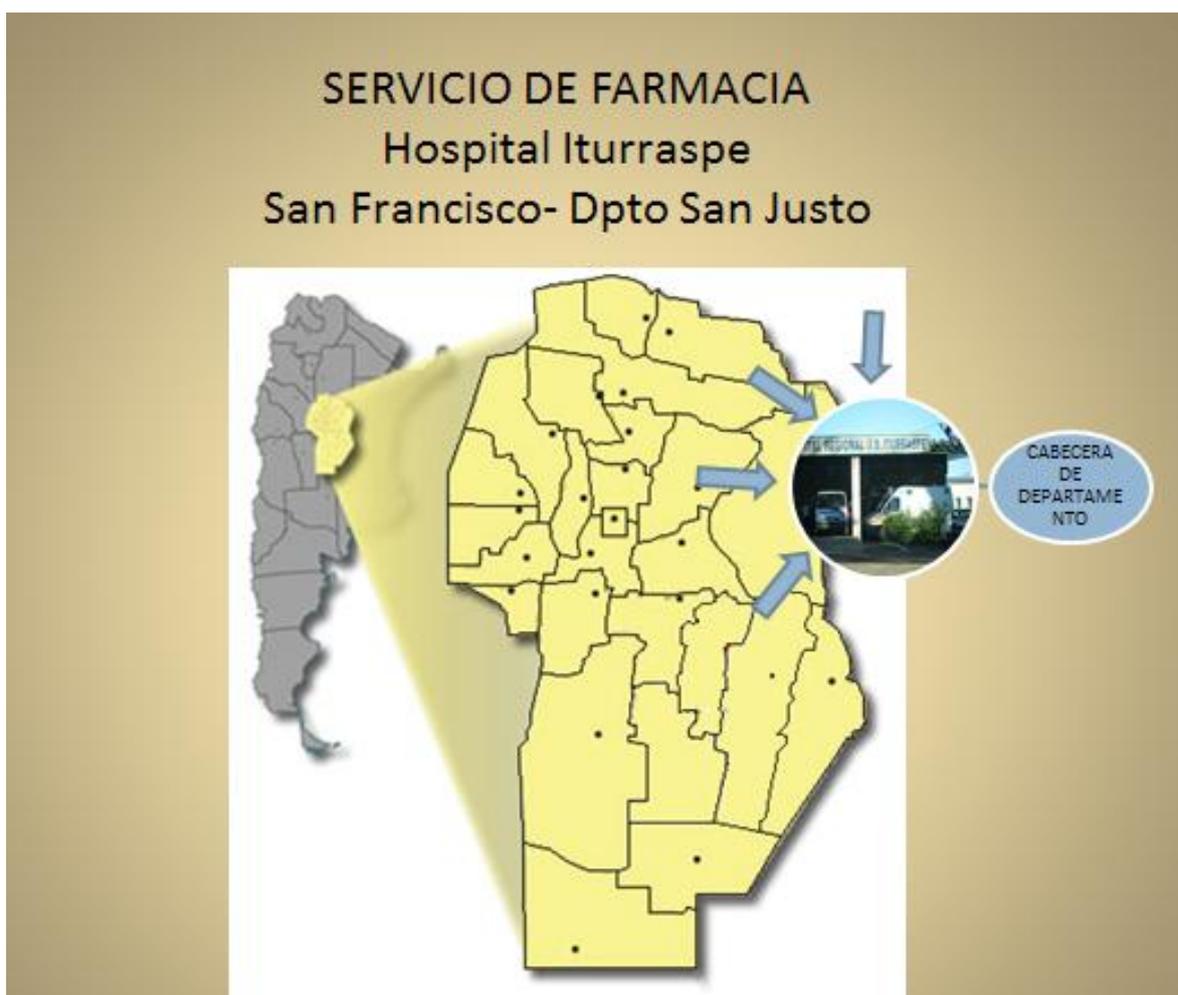
Estudios Geriátricos. 15 y 16 de Octubre de 2012. Teruel [acceso 2013 Jun 01]
Disponible en: <http://xsemanageriatrica.files.wordpress.com/2012/10/estudio-de-la-medicacion-en-ancianos-en-un-centro-de-salud.pdf>

41. Manejo de pacientes polimedicados en Atención Primaria. Resumen bibliográfico
Importancia del problema.[acceso 2013 Jun 07] Disponible en:
http://www.sefap.org/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/manejo_pacientes_polimedicados.pdf
42. Albers U, Palacios G, Pedrero-Chamizo R, Meléndez A, Pietrzik K, González-Gross M. La polimedicación en mayores institucionalizados; su efecto sobre los niveles de vitamina B12, folato y homocisteína. versión impresa ISSN 0212-1611. Nutr. Hosp. vol.27 no.1 Madrid ene.-feb. 2012. [acceso 2013 Jun 01] Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000100040&script=sci_arttext&lng=es
43. Arismendi Arismendi EJ. Evaluación e impacto de la intervención farmacéutica mediante seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con enfermedad de Alzheimer. Tesis doctoral-Universidad de Granada. Facultad de farmacia departamento de físico química. [acceso 2013 Jun 03] Disponible en:
<http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/esdraz-arismendi-arismendi.pdf>
44. Garrido-Garrido EM, García-Garrido I, García-López-Durán JC, García-Jiménez F , Ortega-López I, Bueno-Cavanilla. Estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. Rev Calidad Asistencial 2011; CALI-159; No. of Pages 7. [acceso 2013 Jun 03] Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1134-282X%2810%2900145-4.pdf>
45. Tomás, MT; Centelles, F; Valero, C; Alcalá, A; Cerón, A; Soler, J; López, M. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. Publicado en Aten Primaria. 1999;23:121-6. - vol.23 núm 3 .[acceso 2013 Jun 02] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/prescripcion-cronica-farmacos-pacientes-geriatricos-un-centro-14746-originales-1999?bd=1>
46. Guzmán, V; Dranguet, Y; Soler, D; Pereira, E. Utilización de medicamentos en adulto mayor: Hospital General Docente Agostinho Neto, 2006 / Use of drugs in older adult: General Teaching Hospital Agostinho Neto, 2006. Rev Cubana Farm;

- 41(supl.2): 153-153, 2007. Article en Es | LILACS | ID: 506673. [acceso 2013 Jun 03] Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-506673>
47. Debesa García F, Cué Brugueras M. Los medicamentos y el anciano. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas .[acceso 2013 Jun 03] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75151999000300011&script=sci_arttext
48. Filié Haddad M, Takamiya AS, Martina da Silva EM, Barrios Barbosa D. Farmacología en la tercera edad: medicamentos de uso continuo y peligros de la interacción medicamentosa. Comunicaciones. Gerokomos v.20 n.1 Madrid mar. 2009. [acceso 2013 Jun 01] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2009000100004>
49. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA 02115, USA. J Gen Intern Med. 1995 Apr;10(4):199-205. [acceso 2013 Jun 05] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7790981>

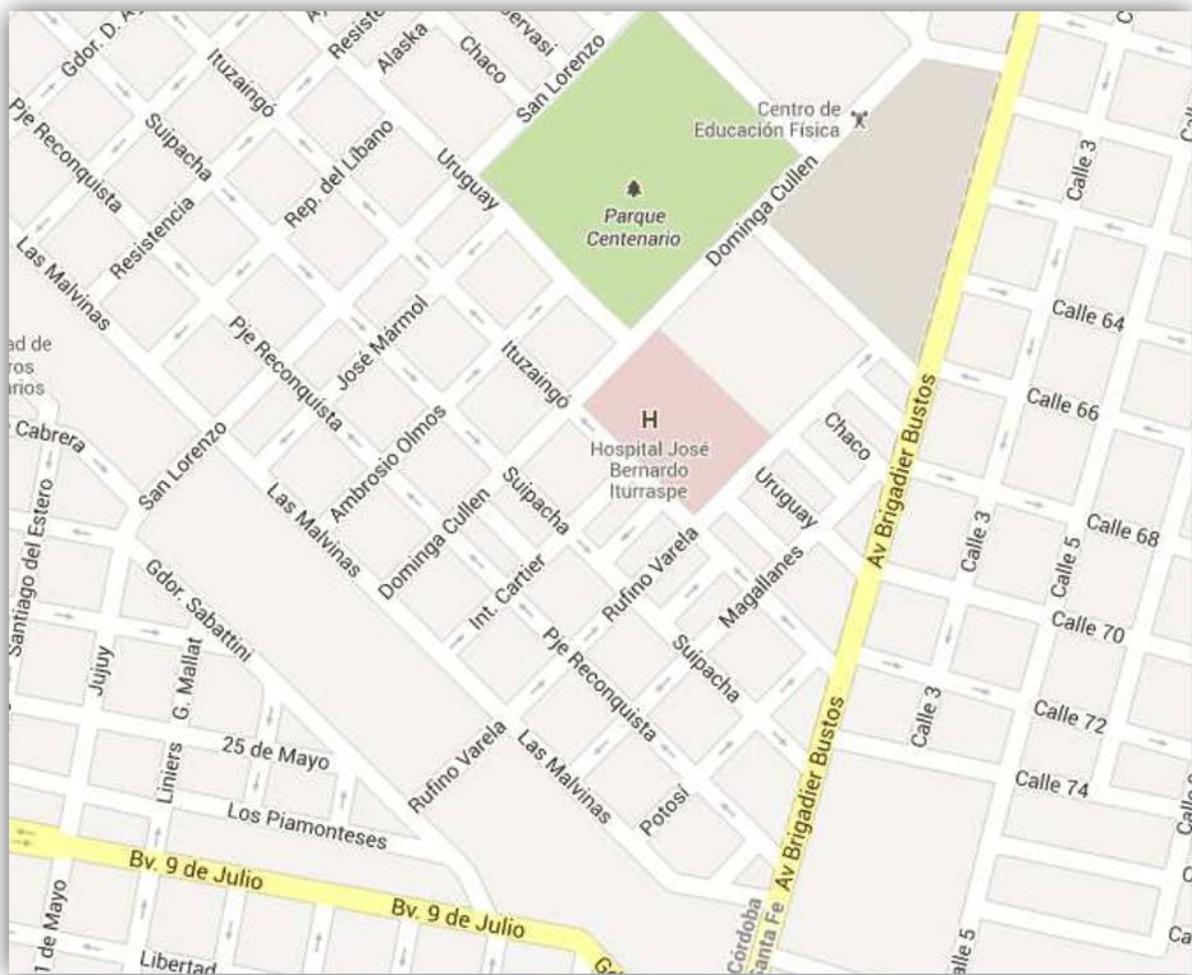
ANEXOS

ANEXO 1: El Hospital Iturraspe y su ubicación





a.- Ubicación de San Francisco en el mapa regional.



b.- Ubicación del Hospital dentro de la Ciudad y su cercanía al límite provincias de Córdoba-Santa Fe



c.- Fachada del ala Sur del Hospital J.B. Iturraspe



d.-Parte de la antigua estructura



e.-Guardia



f- Interior del Hospital.

ANEXO 2: Hogar de Ancianos y sus moradores





ANEXO 3: Material para preparar la medicación a dispensar





 <p>GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA</p> <p>HOSPITAL ITURRASPE</p> <p>San Francisco</p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p> <p>AREA: INTERNACION</p> <p>SECCION: HOGAR DE ANCIANOS</p>	<p>POE-SF-AI-SHG-001</p>
	<p>PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA EL TRABAJO EN EL HOGAR DE ANCIANOS</p>	<p>Fecha:</p>
		<p>Versión:</p>
		<p>Pág:</p>

ANEXO 4: PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA EL TRABAJO EN EL HOGAR DE ANCIANOS

INTRODUCCION

El Hogar de Ancianos Enrique J. Carrá es un apéndice del Hospital Iturraspe y debe ser tratado como un Servicio más, dependiente del mismo.

Se encuentra ubicado por fuera de las Instalaciones del edificio principal del Hospital, en la parte Norte del predio, luego del Servicio de Rehabilitación. Cuenta con disponibilidad para 60 internos, pero en este momento su capacidad de atención, por temas de infraestructura y personal, alberga a 43 personas.

Para la incorporación de nuevos internos existe un instructivo de condiciones, consensuado por un grupo de personas compuesto por el Director del Hospital, la Administradora, la Hna a cargo de la Coordinación del Hogar, la Jefa de Enfermería del Hogar, médico, Asistente Social y Farmacéutica, el cual debe ser cumplido por los solicitantes.

Cuenta para alojar a los ancianos con dos pabellones con un anexo de enfermería en cada uno, baños, un estar central, una pequeña cocina, comedor, galerías con ventanales a los patios y un gran parque que lo rodea.

Dentro de las mismas instalaciones se encuentra una salita de Enfermería, un consultorio y algunas otras dependencias que están tratando de remodelarse para diversos usos.

Su staff profesional consiste en un médico referente, de planta del Hospital, el que concurre de manera diaria pero no exclusiva, y está como médico de cabecera de la mayoría de los ancianos internos. El personal de enfermería desarrolla sus tareas en un número de 4-5 enfermeras por la mañana, 3-4 por la tarde y 1-2 por la noche. Cuenta con personal para ropería, y los servicios de limpieza y cocina dependen de la misma empresa que los presta en el Hospital y son tercerizados. Como la comida que se sirve es la del Hospital, de parte de la Administración del mismo se realizan compras extras organizadas por el Servicio de Nutrición del Hospital para ofrecer un menú más variado teniendo en cuenta que los ancianos viven allí y no es algo transitorio.

También cuenta con la presencia de personal dependiente del Servicio de Rehabilitación con un programa de Kinesiología y Terapia de rehabilitación.

Para las prácticas asistenciales que necesiten los ancianos se recurre en su mayoría a las que se prestan en el Hospital, salvo que los familiares o el mismo anciano decidan otra cosa.

En cuanto a la medicación, es provista por el Servicio de Farmacia a la mayor parte de los internos. En un 90% los ancianos institucionalizados poseen obra social, por lo cual se realizó su inscripción al PAMI para la obtención de 4 medicamentos con cobertura del 100%, que mensualmente es recuperada por esta vía e incorporada a los stocks generales.

Después del estudio y valoración de las diferentes formas de prestar este servicio, se consensúa con la Dirección del Hospital y Enfermería, la implementación de un Sistema de Distribución por Dosis Unitaria reacomodado a una entrega semanal, con contralor cruzado con el personal de enfermería.

 <p>GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA</p> <p>HOSPITAL ITURRASPE</p> <p>San Francisco</p>	<p>SERVICIO DE FARMACIA</p> <p>AREA: INTERNACION</p> <p>SECCION: HOGAR DE ANCIANOS</p>	<p>POE-SF-AI-SHG-001</p>
	<p>PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA EL TRABAJO EN EL HOGAR DE ANCIANOS</p>	<p>Fecha:</p>
		<p>Versión:</p>
		<p>Pág:</p>

1. OBJETIVO

- 1.1. Contar con un instrumento de apoyo administrativo que permita al personal que se encuentre a cargo, realizar la tarea en forma ordenada y sistemática, considerada necesaria para la mejor ejecución del trabajo.

2. ALCANCE

- 2.1. Todo personal de Farmacia que se encuentre a cargo del Servicio Hogar de forma permanente o transitoria.

3. MATERIALES A UTILIZAR

- 3.1. Planilla de Seguimiento Farmacoterapéutico individualizada (PSF) (Anexo) donde se podrán dejar asentados todas las situaciones referidas a la medicación mediante los códigos correspondientes ubicados en una tabla al costado de la misma.
- 3.2. Planilla de entrega de medicación de Reserva al Servicio Hogar (Anexo)(En general es medicación de uso común o para reposición de la pequeña reserva que poseen para casos especiales y que fue consensuada en cuanto a qué medicación y la cantidad de la misma).
- 3.3. Carpeta de Indicaciones Médicas desde donde se recogerán las indicaciones individualizadas por paciente, con la ayuda del personal de enfermería debido a que a veces se realizan cambios en forma verbal y no se dejan asentados de inmediato (tema pendiente de difícil resolución).
- 3.4. Recipientes contenedores individualizados por paciente, que contienen frascos pequeños con tapa a presión donde se coloca la medicación fraccionada por dosis y también están rotulados con el nombre del paciente y el de la medicación contenida. Esto tiene por finalidad evitar que se mezcle la medicación entre los pacientes, debido a la similitud entre todas las indicaciones.
- 3.5. Medicación: La medicación a utilizar es la que se posee en el Servicio de Farmacia, salvo el caso de que se necesite otra droga que se encuentre fuera del Vademecum del Servicio (la cual se podrá incorporar para ese paciente en particular o solicitarla mediante recetario PAMI) o porque algún anciano no quiera tomar si no es una marca específica, y debido a la naturaleza de las personas receptoras de nuestro servicio se hace lugar al pedido. Para ello existe un mueble especial donde se guarda este tipo de medicación.

4. PROCEDIMIENTO A SEGUIR

- 4.1. El día martes de cada semana se recogen las indicaciones desde la carpeta correspondiente situada en Enfermería del Establecimiento, y se asentarán en la PSF.
- 4.2. En el Servicio de Farmacia se procederá a la preparación de cada indicación por el término de 7 días utilizando los envases ya listos para tal fin. (El número de días puede llegar a variar debido a alguna causa fortuita y solucionable).

PROCEDIMIENTO NORMALIZADO PARA EL TRABAJO EN
EL HOGAR DE ANCIANOS

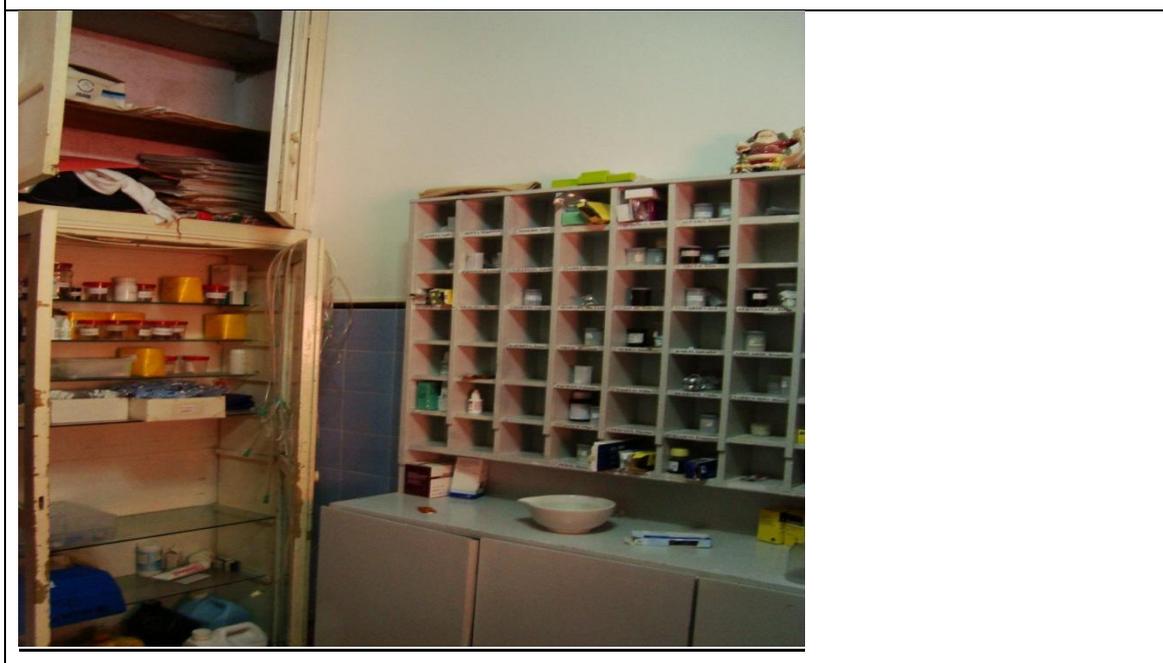
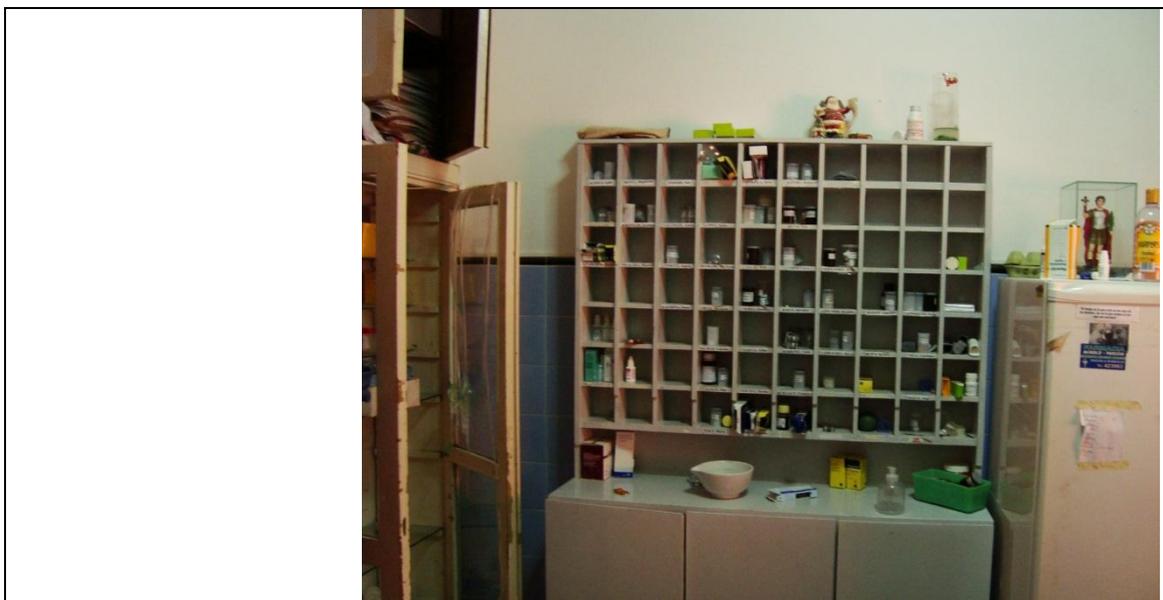
Fecha:

Versión:

Pág:

- 4.3. Debido a que un error muy común observado fue la falta de cumplimiento de la dosis prescrita por falta de atención en la dosis de los comprimidos que se entregan y no siempre corresponden en forma exacta, se aconseja dejar un pequeño recordatorio dentro del frasco con la medicación donde aclare si hay que fraccionarlos o dar doble, por ejemplo.
- 4.4. El día miércoles cerca de las 9hs. (se aconseja llamar a enfermería antes de ir para preguntar si ya está desocupado el personal que se ocupará de la recepción) se realizará la entrega de la medicación siguiendo la siguiente rutina:
 - 4.4.1. Existen dos juegos de recipientes para cada paciente, uno en nuestro poder, el cual llevaremos adecuadamente provisto de lo necesario, y el otro estará en enfermería con la medicación sobrante de la entrega anterior, si es que la hay.
 - 4.4.2. Al llegar con la medicación se realiza un trabajo conjunto con la enfermera a cargo.
 - 4.4.3. Carpeta con la PFT y carpeta de Indicaciones a mano se procederá a la revisión correspondiente. La enfermera recuenta la medicación recibida, realizando a su vez la separación de la misma para los distintos turnos. Es en ese momento en que salen a la luz los errores cometidos por Farmacia, ya sea por alguna equivocación en la transcripción de las indicaciones o al preparar la medicación con una droga equivocada o en la cantidad de comprimidos. Estos errores deber quedar asentados en la PFT por medio del código correspondiente, lo que nos servirá al hacer las revisiones para evaluar nuestro desempeño.
 - 4.4.4. Al mismo tiempo, el personal de Farmacia revisa los recipientes provenientes de enfermería, que habían sido dejados la semana anterior y se procede a controlar si hay medicación en alguno de ellos, por los que se pide explicación a la enfermera. Si la hay, se asienta por medio del código adecuado en la PFT, si no la hay y la falla resulta repetitiva o seria se habla con la Jefa de Enfermeras del Servicio para lograr una respuesta y llegar a una posible solución.
 - 4.4.5. Una vez finalizada la tarea, el personal de Farmacia regresa a su Servicio, portando los envases que serán utilizados para la próxima entrega.
- 4.5. La persona responsable de la dispensa de la medicación al Servicio Hogar deberá supervisar que el médico confeccione en forma mensual los recetarios necesarios para el recupero de la misma, haciéndolos llegar (luego de su revisión contra la planilla correspondiente) en forma personal o por intermedio de la administración del Hospital a la Farmacia que los provee.
- 4.6. Una vez recibido y controlado el pedido se lo ingresará en la planilla diseñada para tal fin, dejando constancia en la misma de los números de lote y vto de cada uno.
- 4.7. La provisión de cada uno de los medicamentos autorizados por el PAMI tiene fecha de caducidad, y una renovación automática de no ser necesario algún cambio. En caso de necesitar otro medicamento hay que hablar con el médico responsable, el cual deberá confeccionar la documentación requerida para los cambios y presentarla al PAMI.
- 4.8. El recupero de los pañales que se hace también desde PAMI realiza un trayecto más corto, ya que una vez autorizada la entrega, ésta se produce en forma automática desde la farmacia correspondiente y sólo nos queda el control.
- 4.9. Administrativamente se deberá ingresar al sistema informático tanto la medicación como los pañales en forma individualizada por paciente y fecha de recepción.

ANEXO 5: Sector Enfermería-Farmacia en las Instalaciones del Hogar de Ancianos



ANEXO 6: Diagrama de Pareto antes (A) y después (B) del recupero de medicamentos y pañales

