

NUEVAS PERSPECTIVAS EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA RESIDENCIAL (AFR)

Sabemos que algunas farmacias prestan un Servicio de SIDD (Sistema Individualizado de Dosificación y Dispensación) a residencias geriátricas. El número de farmacias se está incrementando considerablemente desde la introducción en marzo del SIDD de Venalink, seis residencias lo han solicitado y más de 12 farmacias lo han puesto en marcha. La curiosidad que este SIDD ha despertado es notable, siendo merecedor de reseñas en la prensa.^{1,2} Numerosos COF están evaluando a los SIDD como un elemento más de la prestación farmacéutica. Las Organizaciones Empresariales lo ven como una oportunidad y las instituciones estatales y agentes sociales lo consideran un avance que debería ser implantado de una manera general.^{3,4,5}

No es la intención de este artículo el exponer las virtudes de estos Servicios de SIDD,^{6,7} más bien la de dar a ver nuestra experiencia dentro del ambiente residencial. Deseamos compartir impresiones, con la intención de hacer unas reflexiones hacia la profesión, respecto al servicio que prestamos a estos pacientes, con el fin de darnos cuenta de lo mucho más que podemos hacer, ahora que contamos con las herramientas.

MODELO ACTUAL

DESCRIPCIÓN

La tendencia más extendida es que la farmacia sirva la medicación a la residencia geriátrica y que esta, mediante un DACP (Dispositivo de Ayuda en el Cumplimiento Posológico), prepare la medicación de sus residentes.

Modelo actual de Servicio Farmacéutico	
Servicios	Inconvenientes
Adelantar medicación Servicio puerta a puerta Gratificaciones especiales	Múltiples visitas Impopularidad Relación de proveedor
Ventajas	Alta inversión circulante Relación de inferioridad Baja capacidad de actuación sobre los tratamientos Necesidad de gratificar para mantener al cliente
Alta facturación Clientela estable	

Para la mayoría de las farmacias esta situación es asumible si tenemos en cuenta la facturación que genera una residencia*. Frecuentemente se tercián distensiones entre los farmacéuticos de la zona.

DEFICIENCIAS Y NECESIDADES

El gestor de la residencia ve la situación actual con incomodidad ya que valora su situación y el ambiente en el que se desenvuelve. Muchos gestores no solicitan nuevos servicios a su farmacia por temor a perder los beneficios colaterales. Ante nosotros se presenta un panorama cambiante debido la necesidad de ajustar costes y mejorar la calidad del servicio de las residencias.

Nos vamos a centrar principalmente en las deficiencias y necesidades que presenta la situación desde el punto de vista de la residencia, ya que, creemos, sabiendo las

deficiencias en el servicio y las necesidades del cliente, muchos farmacéuticos podrán encontrar maneras de satisfacerlas entrando, o afianzándose, en este mercado tan lucrativo.

El gestor y especialmente, si es concertada, busca los medios de hacer su trabajo y el de sus colaboradores más eficiente. Debido al auge del mercado actual se desea dar una buena imagen de su residencia: amplitud de espacios, limpieza, personal cualificado, orden, etc. Nos encontramos con una persona que tiene que gestionar un negocio, una institución sanitaria, y que ante todo ha de ser una comunidad.

Objetivos del Gestor

Mejor servicio a los residentes
 una reducción en los costes
 Cuantos más beneficios colaterales posibles por la exclusividad de suministro, sin estar en boca de los demás farmacéuticos
 Cumplir y anticiparse con la normativa
 Posibilidad de obtener la certificación ISO 9001

Por normativa, la persona responsable de la medicación ha de ser un: ATS, Farmacéutico, o médico. Lo más frecuente es encontrarse con un ATS. Generalmente, se encuentra abrumado por la cantidad de tareas, responsabilidades. Aparte de hacerse cargo del personal auxiliar que, frecuentemente, no cuenta con formación específica en aspectos sanitarios. El ATS se encarga de las relaciones con otros profesionales de la salud. Podemos ver que sus atribuciones son muy amplias y numerosas.

Objetivos del ATS

Flexibilidad ante los cambios de tratamiento
 Tener la medicación ordenada y sin errores
 No tener que preocuparse de la contabilidad de la medicación
 No tener que preparar la medicación de cada paciente
 Tener un control escrito de las rondas de administración, así de que hacen sus auxiliares
 No tener que ir detrás del médico por las recetas
 Seguridad de la medicación dentro de la residencia
 Ahorrar tiempo
 Poder simplificar tareas hasta tal punto que pueda delegarlas

LA AFR CON UN SIDD

Ante todo debemos diferenciar un SIDD de los DACP. Los SIDD se diferencian de los DACP en que los primeros son **dispensados en una farmacia bajo la supervisión de un farmacéutico** los segundos son preparados en y por la residencia.

A primera vista, la distribución individualizada de la medicación de cada uno de los residentes por la farmacia, ahorra ese tiempo. Las estimaciones más optimistas del tiempo que se tarda en preparar la medicación son de 15 minutos a la semana. Para una residencia media, 40 residentes, este ahorro supone 65 días laborables al año, o 3,25 mensualidades. Existen más ahorros, menos espectaculares, pero aún así significativos. El tiempo en

* 9 millones anuales para una residencia con 48 residentes

realizar una ronda de administración de la medicación es al menos un 20% menos. Teniendo en cuenta que como mínimo cada paciente consume alrededor de 3 minutos por ronda, y que la media es de 3 rondas al día, el ahorro que consigue la residencia es de al menos 18,25 días laborables al año. El médico o médicos responsables de la medicación lleva a cabo una contabilidad de esta, de tal forma de que la incidencia de estos pacientes sobre su recetario sea la menor posible.

Un médico responsable de una residencia media dedica 1 hora a la semana a esta gestión. Esto se traduce en 6,5 días laborables al año, un 1,7% de su tiempo. Los médicos, por lo general, no recetan envases grandes dentro de la residencia, esto les complica sus cálculos y crea unas desviaciones en su talonario. Mediante un servicio SIDD la farmacia lleva a cabo esta contabilidad, proporcionando al médico el tiempo que antes empeñaba en estas labores y al sistema nacional de salud un ahorro de al menos el 12%. Si valoramos los ahorros demostramos que cualquier residencia sale mejor parada si, por lo general, cambia los beneficios colaterales actuales por un Servicio de SIDD. O dicho de otra manera, una farmacia que ofrezca un Servicio de SIDD gratificaría a la residencia con un equivalente al 6% de la facturación (Ver tabla).

Concepto	Ahorro (meses)	Nomina mensual	Ahorro anual
Distribución de medicación	3,25	107	348
Rondas	0,87	107	93
Médico	0,32	350	112
Total (miles de pesetas)			553
% sobre facturación			6.2

Existe otro ahorro no cuantificable pero significativa, la incidencia de fracaso posológico,⁸ en la tabla a continuación se detalla la incidencia según el tipo de paciente.

Tipo de paciente	Fracaso Posológico (%)
Ambulante	50
En Residencia	5
En Residencia + SIDD	2

Sin duda alguna una baja en la incidencia de incumplimiento posológico conlleva una terapia más eficiente. Teniendo en cuenta el tipo de pacientes con los que tratamos, ancianos y enfermos crónicos, los efectos de un fracaso terapéutico pueden ser devastadores. Esta reducción en la incidencia de incumplimientos posológicos implica que la calidad de vida es mayor y las necesidades de cuidados menores.

Debido a los altos costes que conllevaría, falta de medios, coyuntura y tiempo, resultaría extraordinariamente costoso que el farmacéutico comprobase, supervisase, contrastase y dispensase cada uno de los tratamientos de cada uno de los residentes de la residencia sin un SIDD. En la actualidad el papel del farmacéutico se limita simplemente a dispensar la medicación que solicita la residencia sin guardar un registro adecuado y sin valorar los aspectos farmacoterapéuticos del tratamiento de cada paciente, su capacidad de intervenir es casi nula. Mediante la elaboración de la medicación de los residentes en la farmacia para un mes, se dispone del tiempo y oportunidad de intervenir y realizar a cabo una AFR a una

escala hasta ahora impensable, lo que sin duda alguna repercutiría en unos mejores cuidados a los residentes. Se han escrito ya numerosos artículos respecto a los costes comparativos de los diferentes sistemas disponibles.⁶ Hemos estudiado el Servicio SIDD de Venalink en 4 residencias. Considerando las ventajas e inconvenientes, tal como se detallan en la tabla a continuación, no vemos que estos sean un obstáculo de cara a la implantación.

¿Qué necesidad hay para un farmacéutico proveedor de una residencia de que preste un Servicio SIDD?
Ventajas
Fidelización del cliente
Eliminación de <i>otras colaboraciones</i>
Evita que otra farmacia ofrezca el servicio
Reducción en el número de visitas a la residencia
El 98% de la medicación es dispensada de golpe
Alta capacidad de intervención sobre los tratamientos
Alto grado de prestigio profesional
Inconvenientes
Coste por paciente 500 ptas.
Mano de obra 7 min. por paciente
Mayor responsabilidad sobre la terapia
Si no se ofrece, otra farmacia puede <i>llevarse</i> al cliente

CASO A

1. **Ambiente.** 28 residentes, privada, en un chalet de gran tamaño, gestionada por 3 personas. Un médico se encarga de la medicación de todos los pacientes. El apego de la gestora por su farmacia habitual no es muy grande.

2. **Antes del Servicio.** La medicación estaba almacenada en un gabinete. En este se encontraba toda la medicación de todos los pacientes así como una caja con aquella medicación que no se usa o de antiguos pacientes. La persona responsable era responsable de la preparación de la medicación de los pacientes del día siguiente. Esta tarea la realizaba por las noches poniendo en un cubitera para hacer hielo de distintos colores según la ronda. Las recetas eran recogidas del consultorio y llevadas a una farmacia. El médico recetaba según las demandas de la residencia la cual llevaba las recetas junto con el cupón precinto a la farmacia.

3. **Razones por la que suscribió el servicio.** El desorden en la gestión de la medicación fue la razón determinante.

4. **Situación actual.** La residencia recibe el Servicio de SIDD desde una farmacia que no es la habitual. La residencia empezó con una prueba del 25% de los residentes y a las 2 semanas solicitó el Servicio de SIDD para los restantes. Una vez hablado con el médico, estuvo de acuerdo en recetar mensualmente así como vio muy acertado el SIDD. En la actualidad la residencia sigue con un Servicio de SIDD, se va a mudar a unas instalaciones más amplias, 50 residentes, y seguirá con el Servicio.

CASO B

1. **Ambiente.** 45 residentes, concertada, miembro de un grupo con otras 7 residencias más, palacio del S XVIII en un pueblo con 80,000 habitantes, gestionada por 15 personas, 1 ATS. Un médico se encarga de la medicación de todos los pacientes. El apego del personal a su farmacia habitual es muy grande.

2. **Antes del Servicio.** La medicación estaba almacenada en un gabinete y cada noche se pasaba a un pastillero. En este se encontraba toda la medicación de todos los

pacientes, la residencia es organizada. La persona gestora y ATS tienen competencias muy diferentes siendo la segunda la responsable de la preparación de la medicación de los pacientes y de la supervisión de las rondas. Se quejaba de la carga de trabajo. Un médico está vinculado a la residencia y se responsabiliza de toda la medicación así como de llevar la contabilidad de toda la medicación. Los cupones de la medicación eran almacenados por el ATS y eran llevados, junto con las recetas a la farmacia habitual.

3. **Razones por la que suscribió el servicio.** El gestor del grupo lo vio como una buena idea. La gestora de la residencia ratificó la decisión del gestor principal. El ATS lo vio como una forma de reducir su carga de trabajo.

4. **Situación actual.** La residencia recibe el Servicio de SIDD desde una farmacia que no es la habitual hasta que la farmacia habitual instaure el Servicio SIDD, a lo que se ha comprometido. La residencia empezó con una prueba del 25% de los residentes y a las 4 semanas solicitó el Servicio de SIDD para los restantes. Una vez hablado con el médico esta estuvo de acuerdo en recetar mensualmente así como vio muy acertado el SIDD, y particularmente el hecho de que la farmacia le lleve la contabilidad de la medicación. En la actualidad la residencia sigue con un Servicio de SIDD. El gestor del grupo de residencias ha decidido implantarlo en otras 3 residencias.

CASO C

1. **Ambiente.** 90 residentes, concertada, miembro de una orden religiosa y forma un grupo con otras 3 residencias más, hospital antiguo del S XVIII en un capital, gestionada por 8 monjes y personal voluntario. Un grupo de 8 médicos de un centro de salud se encargan de la medicación de todos los pacientes. El apego del personal a su farmacia habitual es grande.

2. **Antes del Servicio.** La medicación estaba almacenada en una sala especialmente preparada y una persona se responsabiliza de la preparación de la medicación diariamente. En este se encontraba toda la medicación de todos los pacientes, la residencia es organizada. Se quejaba de la carga de trabajo.

3. **Razones por la que suscribió el servicio.** El gestor del grupo lo vio como una buena idea. El gestor de la residencia ratificó la decisión del gestor principal. El monje responsable de la medicación lo vio como una forma de reducir su carga de trabajo.

4. **Situación actual.** La residencia recibe el Servicio de SIDD desde una farmacia que no es la habitual. La residencia empezó con una prueba del 25% de los residentes y a las 4 semanas solicitó el Servicio de SIDD para los restantes. Las otras dos residencias pertenecientes al grupo han solicitado el Servicio de SIDD. Una vez hablado con los médicos estaban de acuerdo en recetar mensualmente así como vieron muy acertado el SIDD, y particularmente el hecho de que la farmacia le lleve la contabilidad de la medicación.

CONCLUSIONES

El número de farmacias que implantan el sistema (3 al mes) demuestra el interés que está suscitando y las posibilidades que presenta. Desde que se empezó a implantar el SIDD de Venalink en marzo de 1998 son ya varias las residencias geriátricas que han solicitado el Servicio de SIDD para sus

residentes. Cada una de ellas ha llegado a aceptar el Servicio por diversas razones, pero todas ellas lo ven como algo a lo cual, hoy por hoy, no dejarían. Cada una de las residencias tenía su propia manera de distribuir la medicación, hemos visto desde los clásicos pastilleros de plástico, hasta los cubiletes de parchís. El tipo de residencia es diferente, concertadas, privadas, y de índole religioso.

En la dispensación de un SIDD para una residencia, ser escrupuloso y comprobarlo todo exhaustivamente ya que los errores pueden dar lugar a desprestigio así como a fracasos terapéuticos. Por ello existe la necesidad de una documentación de soporte concienzuda. Elaborar una forma de trabajo ordenada da una incidencia de errores inferior al 0.2%. Esta tasa de errores es muy baja, pero se hace notar en un SIDD.

Los estamentos gubernativos, organismos profesionales y agentes sociales lo ven muy positivamente y están dispuestos a considerarlo, evaluarlo y apoyarlo.

Si los farmacéuticos no empleamos las herramientas disponibles, serán las propias residencias e instituciones las que los implanten cada vez más, como en la actualidad, lo que impedirá el crecimiento de nuestra profesión en esta dirección así como irá en perjuicio de los pacientes.

El mundo de las residencias geriátricas está creciendo, y curiosamente se están produciendo cambios legislativos. Los farmacéuticos debemos estar ahí por el bien de los pacientes y de la profesión.

AGRADECIMIENTOS

El autor desea agradecer las aportaciones realizadas por la Inspección Farmacéutica, Vocalía de Atención Farmacéutica del COF de Sevilla, Vocalía de Atención Farmacéutica del COF de Madrid y la FOAM. Agradece la inestimable colaboración de la Lda. Dña. María de los Ángeles Pérez Caro, Lda. Dña. Macarena Aguirre, Ldo. D. Domingo Espina Márquez, Lda. Dña. Elvira Montaña García-Luján, Lda. Dña. Constanza Palomino Tormo.

REFERENCIAS

- ¹ ABC de Sevilla, Jueves 23 de Marzo.
- ² El Mundo, Sección de Sevilla, Domingo 24 de Mayo.
- ³ Jefe de Inspección Farmacéutica de la Consejería de Salud.
- ⁴ F.O.A.M. (Federación de Organizaciones de Ayuda a Mayores)
- ⁵ U.G.T.-A. Sector de Mayores (Unión General de Trabajadores - Andalucía)
- ⁶ Espina A. Los SIDD y la Farmacia. *El Farmacéutico*. Nº 198
- ⁷ Espina Márquez. A. Los SIDD y el Fracaso Posológico. *OFFARM*, Marzo 1998.
- ⁸ Espina A. Caraballo A. El Fracaso Posológico un grave problema de la Atención Farmacéutica. *OFFARM*, Noviembre 1997.