

Maestría en Gestión de
Servicios de Gerontología
Trabajo Final de Maestría

Autora: María de los Ángeles Fernández

**EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE LAS
BUENAS PRÁCTICAS DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS
EN RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

2021

Director de Tesis: Dr. Rubén Torres
Co-directora de Tesis: Mg. Maricel Lederhos

Citar como: Fernández, M. A. (2021). *El conocimiento del cuidador sobre las buenas prácticas del manejo de medicamentos en residencias de larga estadía de la Provincia de Santa Fe*. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/476>

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por ser el sostén incondicional en todo este camino, por el amor y el haber fomentado el deseo de superación.

A la Federación Farmacéutica de la República Argentina (FEFARA) por el apoyo económico y la motivación brindada para mejorar los servicios farmacéuticos.

Al Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, Primera Circunscripción por la confianza depositada y por haber brindado las herramientas económicas para desarrollar el trabajo.

A la Dirección Provincial de Personas Mayores y en especial a su actual Directora Licenciada Lucia Billou por aunar esfuerzos para trabajar en forma conjunta en pos de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

A mi Director de Tesis, Dr. Rubén Torres, por sus enseñanzas brindadas y por su apoyo en la realización del presente estudio.

A mi Co Directora de Tesis, Magister Maricel Lederhos, por ser quien humildemente me acompañó en este proceso y me permitió seguir creciendo en el campo del conocimiento.

A mis docentes de Maestría, en especial a Dra. Yamila Comes por infundir día a día los conocimientos prácticos, por su dedicación y enseñanza y ser parte de este logro.

INDICE

1. INTRODUCCION	1
1.1. Justificación y Planteamiento del problema.....	1
2. OBJETIVOS	4
2.2. Objetivo General	4
2.3. Objetivos específicos	5
3. MARCO TEORICO	5
Definición de Buena Práctica. Buenas Practicas del Manejo de Medicamentos (BPM).	5
Residencia de Larga Estadía para Personas Mayores (RLE).....	5
Conceptualización	6
Marco normativo	8
Residencias de Larga Estadía (RLE) Oficiales Provincia de Santa Fe.....	11
Distribución geográfica de las RLE en la Provincia de Santa Fe.....	14
Acerca del cuidado y el cuidador.....	14
Uso seguro de medicamentos en personas mayores	20
Rol del cuidador en relación a la administración de medicamentos e importancia de la capacitación sobre manejo de medicamentos.....	26
El cuidado de las personas mayores respecto de su medicalización	27
4. METODOLOGIA	28
4.1. Tipo de estudio.....	28

4.2. Universo y características de la muestra.....	30
4.3. Fuentes de información y técnica de recolección de datos.....	32
4.3.1. Observación participante en los talleres	32
4.3.2. Entrevista Semiestructurada	32
5. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	34
Categoría 1:	35
1. Espacio Edificio (EE).....	35
Categoría 2:	37
2. Ejecución de Tareas (ET).....	37
2.1. Comunicación interna.....	37
Categoría 3:	39
3. Ingreso de medicamentos (IM).....	39
Categoría 4:	45
4. Preparación y Administracion de Medicamentos (PAM)	45
6. RECOMENDACIONES	49
A las Entidades Gubernamentales de Salud:	51
A las Universidades o Instituciones formadoras de cuidadores:	52
8. PROPUESTA DE INTERVENCION	52
9. ANEXOS.....	53
9.1. Anexo I.....	53
Entrevista	53

9.2. Anexo II.....	55
Categorías y subcategorías.....	55
Definiciones de las Subcategorías	56
9.3. Anexo III	59
Resultados.....	59
9.4. ANEXO IV.....	75
Guía Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos para RLE Provincia de Santa Fe.....	75
10. BIBLIOGRAFIA.....	81

"EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS EN RESIDENCIAS DE LARGA ESTADIA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE"

Resumen

La cantidad y variabilidad de medicamentos y presentaciones existentes en las Residencias de Larga Estadía de personas mayores (RLE), hace que la utilización de los medicamentos en dichas Instituciones se considere una práctica de riesgo, con mayores problemas en el cumplimiento y adherencia terapéutica al tratamiento, con mayor exposición de aparición de reacciones adversas e interacciones entre los fármacos y con mayores posibilidades de errores en la toma o administración de los medicamentos. De aquí que resulta crucial el análisis acerca del conocimiento o saberes de quienes se responsabilizan de esta práctica garantizando (o no) la salud de los residentes. El estudio se abordó desde el enfoque de la Investigación Acción y tuvo como objetivos describir y analizar el conocimiento del cuidador de las Residencias de Larga Estadía Oficiales de la Provincia de Santa Fe relacionados a las buenas prácticas del manejo de medicamentos (procesos de ingreso, almacenamiento, preparación y administración). Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semi estructurada y el análisis del discurso para el procesamiento de los datos, y la observación participante durante un ciclo de talleres con informantes clave considerando el rigor científico y los criterios éticos. Los resultados arrojaron la necesidad de proporcionar herramientas que contribuyan a mejorar el conocimiento de los cuidadores relacionados con el manejo de medicamentos.

Palabras clave: Personas Mayores- Residencias de Larga Estadía- Cuidadores- Medicamentos- Buenas prácticas.

Abstract

The knowledge of the caretaker about good practices in the management of medications in Official Long Duration Nursing Homes in Santa Fe Province.

The amount, variable and presentations in existence of medications in Long Duration Nursing Homes for the elderly, make the use of medications in such institutions to be considered a hazardous practice; with greater problems in the compliance and therapeutic adherence to the treatment, with higher exposure to adverse effects and interactions between drugs and with increased error possibilities in medication consumption and administration. Consequently, it is crucial the analysis about the knowledge of those responsible for this practice, to safeguard (or not) the health of the residents. The study was addressed from an action-research approach in order to describe and analyze the caretaker Knowledge, in Official Long Duration Nursing Homes of Santa Fe Province, about good practices in medication management (receipt processes, storage, preparation and administration). The semi-structured interview was used as data collection technique, discourse analysis as data processing, and participant observation during a series of workshops with key information, taking into account scientific rigor and ethical criteria. The results showed the need to provide tools in order to improve the caretaker knowledge about medication management.

Key words: the elderly, long duration nursing homes, caretaker, medications, good practices.

1. INTRODUCCION

1.1. Justificación y Planteamiento del problema

Las personas mayores, con múltiples enfermedades, resultado de los cambios fisiológicos propios de la edad, son más vulnerables a presentar reacciones adversas a medicamentos (RAM), efectos tóxicos y sobredosis debido a la polimedicación, factor determinante, para la aparición de incidentes relacionados con el uso de los medicamentos en las Residencias de Larga Estadía (RLE) y donde las personas mayores son las más vulnerables, ya que el riesgo de sufrir un daño innecesario relacionado con el uso de los medicamentos aumenta (Goodman & Gilman, 2018), (SEGG, 2016).

El presente trabajo se inscribe en el campo de los estudios de la gerontología, cuyo objeto de estudio fue investigar acerca del conocimiento que posee el cuidador de las RLE Oficiales de la Provincia de Santa Fe dependientes de la Dirección de Personas Mayores, sobre las buenas prácticas del manejo de medicamentos.

El trabajo se abordó desde el enfoque metodológico de la Investigación Acción y sus objetivos estuvieron dirigidos a conocer, analizar y describir el conocimiento del cuidador sobre las buenas prácticas de manejo de medicamentos, con el fin de generar una propuesta que facilite al cuidador la disponibilidad de información sobre el correcto manejo del medicamento, que pueda ser utilizada por los actores institucionales.

A partir de las indagaciones realizadas, se sabe que la población mundial está envejeciendo y la mayoría de los países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. El envejecimiento de la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad (mercado laboral,

financiero, demanda de bienes y servicios) como así también para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales.

A nivel global, la población mayor de 65 años crece a un ritmo más rápido que el resto de los segmentos poblacionales. Según datos del informe "Perspectivas de la Población Mundial 2019", en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual que es de una de cada 11 (9%) (Cepal, 2020).

Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica y según los datos del último Censo (2010), existen 3.584 (tres mil quinientas ochenta y cuatro) instituciones categorizadas como Residencia de Larga Estadía (RLE), las cuales se definen como servicios sociales, que incluyen alojamiento, servicios de cuidado de enfermería, servicios psicosociales, de terapia ocupacional y servicios médicos, cuando se requieran (PAMI, 2021), (Roque & Fassio, 2015). En tal sentido, a nivel Nacional, Provincial y Municipal se encuentra una importante red de estas instituciones oficiales, destacando que en las últimas décadas se ha incrementado notablemente el número de RLE puramente del sector privado y la de la sociedad civil (PAMI, 2021).

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual. Es por ello que esta población necesita con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y así aparece la figura del "Cuidador" que se define como aquella persona que tiene la tarea de asistir o cuidar a otra persona afectada de cualquier tipo de incapacidad o minusvalía y que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades de la vida diaria (AVD) o de sus relaciones sociales (Labarca Delgado, M.R.; Perez Martinto, C.E., 2019).

Las personas que requieren de atención y cuidados en RLE presentan características especiales que los hacen muy vulnerables ya que generalmente, son personas de edad avanzada, con deterioro cognitivo y/o funcional, en situación de dependencia, con una o varias enfermedades crónicas y polimedicadas (Labarca Delgado, M.R.; Perez Martinto, C.E., 2019).

El número de medicamentos prescritos aumenta con la edad, al igual que con las comorbilidades y las enfermedades crónicas diagnosticadas. Algunos estudios estiman que en personas mayores de 65 años, la media diaria de fármacos consumidos, es de 4-8, con máximos de hasta 18 fármacos distintos al día (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

En lo que respecta a la Provincia de Santa Fe, se destaca que se encuentra entre las provincias más envejecidas del territorio nacional, superando desde hace décadas al promedio del país en el porcentaje de mayores de 65 años y más. (IPEC Gobierno de Santa Fe, 2012).

En relación al objeto de estudio, podemos afirmar que en Argentina, y en particular, en la Provincia de Santa Fe no existen investigaciones que lo aborden. No obstante, a través de la indagación bibliográfica (EARCAS, 2011) y (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015), se identificó en otros países, aquellas vinculadas a los incidentes relacionados a la seguridad del paciente (IRSP), es decir, cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Los factores que pueden contribuir a que se produzcan los IRSP son múltiples. Pueden señalarse como ejemplos los factores relacionados con características individuales de los profesionales, la formación, las formas de comunicación, la organización, el entorno de trabajo, los equipos y dispositivos que se utilizan, los procedimientos o incluso factores externos como las políticas

legislativas. La interacción entre todos estos factores unidos a la creciente complejidad en el manejo de los pacientes, hace que aumente el riesgo de que se produzcan fallos en el sistema o errores humanos que provoquen un daño innecesario al paciente (EARCAS, 2011).

En conclusión, cabe destacar, que en Argentina y en la Provincia de Santa Fe son escasos o nulos los estudios que analizan la problemática, y/o realizan aportes para el avance del conocimiento y la mejora de la realidad descripta. Es por ello que el presente trabajo se inscribe en el campo de los estudios de la gerontología, cuyo objeto de estudio fue investigar acerca del conocimiento que posee el cuidador de las RLE Oficiales de la Provincia de Santa Fe dependientes de la Dirección de Personas Mayores, sobre las buenas practicas del manejo de medicamentos. Se optó por el enfoque metodológico de la investigación Acción teniendo en cuenta como objetivo general conocer, analizar y describir el saber que posee el cuidador sobre las buenas prácticas de manejo de medicamentos y tuvo como objetivo específico generar una propuesta que facilite al cuidador la disponibilidad de información sobre el apropiado manejo del medicamento.

2. OBJETIVOS

2.2. Objetivo General

Analizar y describir el conocimiento que posee el cuidador de las RLE oficiales de la Provincia de Santa Fe relacionado a las buenas prácticas del manejo de medicamentos. es decir sobre los procesos de ingreso, almacenamiento, preparación y administracion.

2.3. Objetivos específicos

1. Indagar los conocimientos que posee el cuidador de las RLE Oficiales sobre las buenas prácticas del manejo de medicamentos, relacionadas al ingreso, almacenamiento, preparación y administración de los mismos.
2. Analizar fortalezas y debilidades en el contexto del manejo de medicamentos
3. Mejorar la "Guía Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos" implementada en la Provincia de Santa Fe, como propuesta de intervención a partir de los resultados obtenidos (Colegio de Farmaceuticos de Santa Fe 1º Circ. & Ministerio de Desarrollo Social, 2021).

3. MARCO TEORICO

Definición de Buena práctica

Con frecuencia, se define "buena práctica" como una técnica o un método que, mediante la experiencia y la investigación, ha demostrado de manera fidedigna que conduce al resultado deseado. Es necesario compartir y adoptar estas prácticas para beneficiar a más personas. En el contexto de los programas y servicios de salud, una definición funcional de buena práctica es el conocimiento acerca de qué funciona en situaciones y contextos específicos, sin emplear recursos exorbitantes para lograr los resultados deseados, y que puede utilizarse para desarrollar y aplicar soluciones adaptadas a problemas de salud similares en otras situaciones y contextos. De acuerdo a lo expuesto la buena práctica es aquella técnica o metodología que, mediante la experiencia y la investigación, ha demostrado de manera fidedigna que conduce al resultado deseado (OMS, 2017).

La implementación de las buenas prácticas en las instituciones u organizaciones, aporte beneficios tales como:

- Minimizan errores.
- Facilitan el eficaz uso de recursos.
- Ayudan a obtener mejores resultados.
- El buen uso garantiza el éxito.

Teniendo en cuenta lo expuesto en este trabajo se define **"Buenas Prácticas del Manejo de Medicamentos" (BPMM)**, al conjunto de procedimientos que aseguran que el ingreso, el almacenamiento, la preparación y la administración de medicamentos en Residencias de Larga Estadía (RLE) se realizan conforme a normas de calidad y/o recomendaciones apropiadas que garantizan la eficacia y la seguridad del medicamento.

Residencia de Larga Estadía para Personas Mayores

Conceptualización

Una Residencia de Larga Estadía de Personas Mayores (RLE) es un centro donde viven personas mayores en forma temporal o permanentemente en la mayoría de los casos, cuando son dependientes y requieren algún tipo de ayuda de terceras personas (Lares, 2018).

El informe Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores en Argentina relevamiento y Evaluación, define a la residencia de larga estadía para personas mayores, como "Establecimiento Geriátrico", es decir, como toda institución de gestión pública o privada que tenga por finalidad brindar alojamiento, alimentación, higiene, recreación

activa o pasiva, atención médica y en general toda acción que haga al bienestar físico y psíquico de las personas adultas mayores desde los 65 años (Roque & Fassio, 2015).

En un primer momento histórico, los hogares de ancianos o residencias geriátricas aparecen en Europa en el Siglo XVI destinados a albergar los llamados en ese momento "locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos". A través del tiempo ha sido un recurso que la sociedad instrumentó para dar respuesta a diversos problemas planteados por la población que envejece. También fueron denominados asilos para ancianos, denominación que fue cambiando para ser reemplazada por geriátrico u hogar de ancianos. En Argentina, los primeros hogares fueron creados a partir de la preocupación del Estado sobre el tema y generalmente fueron administrados por instituciones con fines benéficos, por el mismo estado, provincias o municipios.

En un segundo momento histórico, aparecen los hogares de colectividades, italiano, francés, español, inglés, israelita, etc. y finalmente los hogares privados que son los que más han crecido en los últimos veinte años (Zolotow, 2001).

En la actualidad, las residencias gerontológicas o RLE constituyen una alternativa para la familia, la sociedad y el Estado, frente a la necesidad de alojamiento, cuidados y - en algunos casos-, de asistencia sanitaria, que requieran las personas mayores. Las mismas, son instituciones jurídicas complejas: socio, valorativa y normativamente, que se configuran, a partir de una realidad social específica: las necesidades de alojamiento y cuidados de la población que ya ha alcanzado la vejez. Se organizan, teniendo como eje el reconocimiento de fines especiales y exigencias de justicia particularizadas consideradas relevantes, para lograr el fortalecimiento de las personas mayores como sujetos vulnerables del sistema social, político y jurídico (Davobe, M. I, 2014).

Marco normativo

Las Residencias de Larga Estadía (RLE) argentinas no cuentan con una fuente formal nacional que contemple de manera específica y homogénea su organización y funcionamiento, ya que los productos normativos referidos a las instituciones gerontológicas son en verdad profusos, en cantidad y calidad jurídica, no logrando ofrecer una visión sistemática del problema, en particular, debido a la estrecha dependencia de éstos a los vaivenes de las políticas sociales y a la sostenida vigencia de criterios administrativos anticuados que, quizás, no resulten demasiado adecuados a las circunstancias de la postmodernidad. En esta materia nos encontramos frente a un caso particular de vacío o carencia normativa, producida por defecto y por exceso. Por defecto, porque hasta el momento no existe una ley nacional sobre Residencias Gerontológicas y por exceso debido a la existencia de un número demasiado nutrido de decretos, ordenanzas, circulares y en el mejor de los casos leyes, referidos a estas instituciones, que se rigen con contenidos ambivalentes o contradictorios (Davobe, M. I, 2014).

Las mismas son, sin dudas, estructuras materiales y formales de acogida, que impactan sobre la conducta de las personas vinculadas a las mismas, básicamente a las personas mayores residentes, al personal del servicio y a los visitantes, en función de una idea fuerza o directriz, considerando a la persona mayor como sujeto titular primario de esta alternativa. Como fenómenos jurídicos, las pueden ser consideradas soportes sociales complejos, en los cuales se desarrolla la vida de una persona mayor, es decir, sus necesidades, la estructura del edificio, sus habitaciones, los servicios, el personal etc. Esta condición, permite señalar además que, para el Derecho, son instituciones destinadas a brindar un servicio que puede calificarse de beneficioso para la población en general, razón por la cual, pueden ser comprendidas jurídicamente también como organismos prestadores de servicio social, estatal o privado.

En Argentina, las mismas, han prosperado gracias a la adopción de 2 (dos) formatos: entidades prestadoras de servicios sociales públicos, que surgieron en la década de 1940 y entidades prestadoras privadas que se fueron estableciendo en el siglo XIX (Davobe, M. I, 2014).

Desde el punto de vista normativo, las Residencias de Larga Estadía (RLE) de la actualidad son instituciones complejas, ya que su existencia atraviesa transversalmente al Derecho en su conjunto, y en este sentido, cabe destacar que las residencias de personas mayores son objeto de regulación por parte del Derecho Administrativo, del Derecho Civil, Comercial y la normativa del Derecho de los Consumidores. Asimismo, es abordado por el Derecho Penal, Tributario, de la Seguridad Social y los Seguros, simultáneamente con las ramas vinculadas con los Derechos Humanos y el Derecho Constitucional. Asimismo, se refieren a ellas, las normas pertinentes al Derecho Laboral y al ejercicio de las profesiones liberales implicadas en la atención a las personas mayores.

En suma, estamos frente a un instituto jurídico polisémico ya que, para su configuración, intervienen normas del Derecho Público y reglas del Derecho Privado a un tiempo, dados los múltiples sujetos y los variados tipos de relación jurídica que se establecen en su seno (Davobe, M. I, 2014).

La Constitución Nacional, mediante el art. 75 inciso 23 (Constitucion de la Nacion Argentina, 1994), reconoce competencia al Congreso para dictar normas y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos consagrados en favor de determinados grupos humanos, entre ellos, las personas mayores. Esta disposición legal, obliga expresamente al legislador a actuar de manera activa respecto de la problemática de la vejez. Asimismo, el Congreso goza de facultades para ejercer poder de policía, sobre todas aquellas

cuestiones relacionadas con el ejercicio de los derechos fundamentales de la población en general.

Al Poder Ejecutivo Nacional le corresponde, por su parte, tanto expedir las instrucciones y reglamentos que sean necesarios para la ejecución de las leyes de la Nación, cuidando de no alterar su espíritu con excepciones reglamentarias (art. 99 inc.2); como participar en la formación de las leyes con arreglo a la Constitución, entre otras atribuciones. Otra figura que merece destacarse en este contexto es, sin duda, la del Defensor del Pueblo, organismo unipersonal, con independencia funcional, e inserto en la órbita del Poder Legislativo, le compete una relevante tarea: la defensa y protección de los derechos humanos y demás derechos, garantías e intereses tutelados en la Constitución y las leyes, ante hechos, actos u omisiones de la Administración; y el control del ejercicio de las funciones administrativas públicas (art. 86 y 43).

Dentro del sistema jurídico de la Provincia de Santa Fe, la Constitución contiene expresas referencias a la situación jurídica de las personas mayores o ancianos en su artículo 23, señalando que es obligación del Estado Provincial contribuir a la protección material y moral de la ancianidad, directamente o fomentando las instituciones privadas orientadas a tal fin (Constitucion Provincial de Santa Fe, 1962) .

Al Poder ejecutivo, se le reconoce potestad reglamentaria, con el mismo alcance que en el ámbito nacional (art. 72 inc. 3 y 4); y debe proveer a la organización, prestación y fiscalización de los servicios públicos (art. 72 inc. 5), dentro de los límites constitucionales y legales de orden interno. Además, la Provincia de Santa Fe cuenta con una regulación específica relativa a la figura del Defensor del Pueblo: la Ley 10.396, donde se define la misión principal de la institución para el ámbito de la Provincia, consistente en: proteger los intereses legítimos de los ciudadanos y los derechos colectivos de la sociedad. Respecto de las RLE, vale afirmar que la Defensoría posee

facultades para proteger los derechos fundamentales de los individuos, contra actos u omisiones de la Administración que impliquen: ejercicio ilegítimo, defectuoso, irregular, abusivo, arbitrario, discriminatorio, negligente, inoportuno de derechos, o que configuren desviación de poder.

En la escala jerárquica de la pirámide normativa, la Provincia de Santa Fe cuenta, además, con el Decreto Provincial Nº 02542 (B.S. 355) del 13/11/72, Reglamento Básico de Hospitales Generales (Gobierno, Justicia y Derechos Humanos de la Provincia de Santa Fe, 1972), estableciendo el marco jurídico aplicable a los hogares - hospitales geriátricos. A su vez, éste se complementa con el Decreto Provincial 2091/80 (B.S. 637), del 7 de Julio (Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe, 1980) , referido a la estructura, equipamiento y control de las Instituciones Geriátricas de carácter privado, y con el Decreto Provincial 1534/77 (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 1977), que contiene el Reglamento General de los Hogares Oficiales para Adultos Mayores. Junto a estas normas cabe citar aún, la Ley Provincial 9847/86 y el Decreto 2719/77 sobre Habilitaciones de Establecimientos de Asistencia Privados, la Ley Provincial 10.772/92 de Salud Mental, la Ley Provincial 8525, Estatuto del Personal de la Administración Pública, el Decreto Provincial 2695/53 sobre Escalafón del Personal Civil de la Administración Pública Provincial; y el Decreto Provincial 1919/89 de Régimen de Licencias, Justificaciones y Franquicias para el Personal de la Administración Pública; que resultan aplicables al funcionamiento de residencias públicas (Davobe, M. I, 2014).

Residencias de Larga Estadía oficiales Provincia de Santa Fe

Actualmente, la Provincia de Santa Fe, mediante Decreto Provincial Nro. 1534/77, a través del Ministerio de Desarrollo Social – Dirección de Personas Mayores - cuenta con 19 (diecinueve) Residencias Oficiales de Personas Mayores de ambos sexos, auto válidas,

de carácter público, cuya finalidad es la de proporcionar residencia permanente o semi permanente, además de brindar atención y de reforzar la cobertura regional a través de convenios con instituciones con y sin fines de lucro. El perfil de la población de personas mayores residentes se caracteriza por:

- Personas mayores de 60 años sanas y autónomas, independientes para las actividades de la vida diaria.
- Presencia de problemáticas sociales.
- Fragilidad física/afectiva/económica.
- Vulnerabilidad social.
- Red de contención familiar vacía, y una ausencia de red de apoyo social.
- Déficit habitacional. Situación de calle. Dificultades económicas. Sin recursos.
- Desean vivir en residencia de personas mayores (Gobierno Desarrollo Social, 1977).

Las residencias tienen como principios:

- Integrar a la persona mayor al ambiente.
- Resguardar su dignidad y seguridad.
- Fomentar la participación de y hacia la comunidad.
- Privilegiar la salud física, psíquica, social y espiritual.
- Estimular la ejercitación de las capacidades y aptitudes personales.
- Favorecer la capacidad de autodecisión.
- Afianzar la identidad personal de la persona mayor a través de la autoestima y autovaloración.
- Contribuir para evitar la despersonalización de la persona mayor.

Con este fin procuraran de proveer a las personas mayores de:

- Albergue higiénico y confortable.

- Alimentación sana y saludable.
- Aseo y descanso adecuado.
- Asistencia multidisciplinaria.
- Atención médica y social.

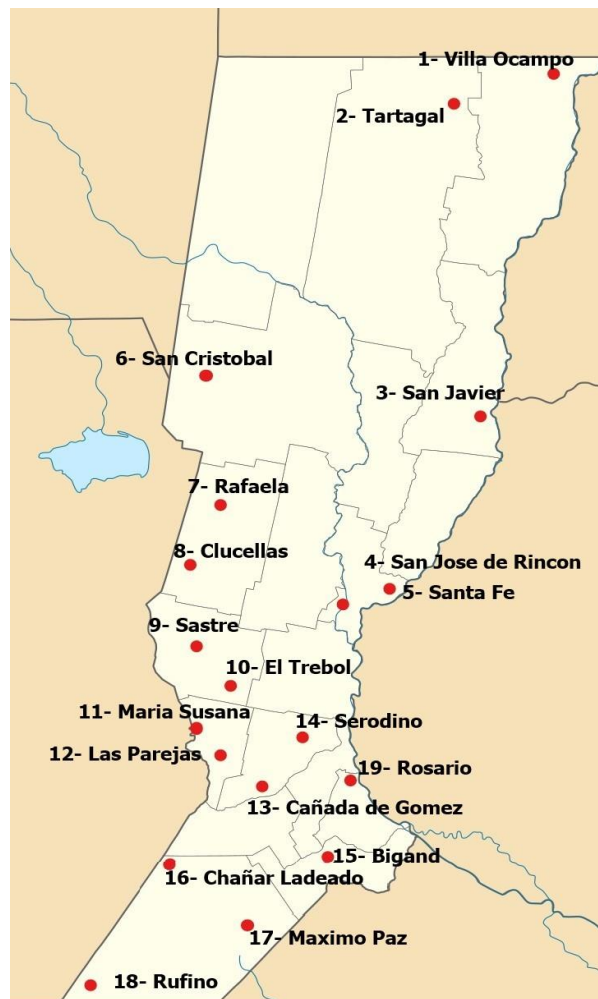
Respecto de la organización interna, las residencias de acuerdo al artículo 17 del Decreto Nro.1534/77, se organizan en base a niveles, los cuales están dados, por la cantidad de plazas asignadas, y su estructura funcional se conforma de:

1. Director
2. Médico – enfermera: subordinados al director.
3. Administrador: subordinado al director.
4. Ecónomo- cocina- auxiliar de cocina: subordinados al director y administrador.
5. Servicios Generales: subordinado al administrador.
6. Maestranza: subordinado al administrador.

Al respecto cabe destacar que este trabajo de investigación visibilizo ausencias en la estructura funcional de las RLE, ya que algunas no cuentan con la figura del director a cargo del nosocomio.

Asimismo, es relevante destacar que el marco normativo de organización interna presenta un vacío referente a la figura del cuidador y sus incumbencias.

Distribución geográfica RLE en la Provincia de Santa Fe



Fuente: Elaboración propia. Fernández, M.A. 2021. Mapa de la Provincia de Santa Fe. Distribución geográfica de RLE en la Provincia de Santa Fe. www.es.wikipedia.or

Acerca del cuidado y el cuidador

La dependencia durante la vejez genera y hace visible a la vez otro fenómeno social llamado “el cuidado” ya que el dependiente requiere para ser cuidado de un actor social, un cuidador y una práctica social, el cuidado. La aparición del cuidado se debe a la

condición de vulnerabilidad del dependiente y de su incapacidad de cuidar de sí mismo, haciendo inevitable que otra persona se haga cargo de resolver sus necesidades.

El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2009).

El «trabajo» de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida (Observatorio de Salud de las Mujeres, 2009).

El cuidado responde a la necesidad del dependiente y garantiza la sobrevivencia biológica y social, utilizando los recursos sociales, materiales, simbólicos y afectivos para satisfacer cualquier tipo de necesidad del sujeto dependiente. El cuidado solo existe en la medida de la existencia de las necesidades de un dependiente y en este sentido cuidado y dependencia son interdependientes.

El rasgo más distintivo del cuidado de las personas mayores, es que es un cuidado de largo plazo porque genera una dependencia prolongada, no esporádica y además ascendente, ya que al inicio es un cuidado de baja intensidad, pero a medida que los niveles de dependencia se incrementan, aumenta el cuidado, representando un consumo intensivo y extensivo de recursos debido a que en cada progreso es necesaria una mayor utilización de los recursos para el cuidado.

Conocer el contenido del cuidado de largo plazo, su organización y su inserción en la vida cotidiana de quien lo ejecuta y quien lo recibe es importante, ya que el tipo de dependencia define el contenido pragmático del cuidado, es decir, saber cuáles son sus

necesidades en calidad de dependiente abordando el cuidado en una variedad de sentidos, dirigidos a resolver las necesidades que derivan del hecho de envejecer y del enfrentamiento a esta nueva condición social tanto en términos individual como social; las acciones para acompañar el trance de convertirse en una persona envejecida; las de negociación del entorno social y espacial al interior de la residencia para satisfacer las necesidades de la persona mayor y las de sus otros habitantes en su calidad de sujetos no dependientes.

El rol social del cuidador, se convierte en un nuevo actor en el escenario de la vejez y sus rasgos lo distinguen y diferencian de otros roles sociales, como son los de parentesco. El cuidador tiene la responsabilidad principal de la ejecución de las acciones del cuidado, además de garantizar su permanencia, de esta forma se espera y se norma que el cuidador “se haga cargo de” que el dependiente, la persona mayor, es incapaz de realizar (Silva, 2006).

Existen diferentes tipos de cuidadores:

- Cuidador principal: Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo. Suele vivir en el mismo domicilio que el enfermo, o muy cerca de éste, y suele tener una relación familiar muy próxima.
- Cuidador domiciliario: Es aquella persona que realiza tareas de acompañamiento o apoyo en las actividades de la vida diaria, aquellas que, desde el punto de vista funcional de una persona, son necesarias para su supervivencia física y su participación económica y social.
- Cuidador formal: Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al enfermo y que cobran una remuneración por hacerlo.
- Cuidador informal: Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención al enfermo. Es muy

importante el proceso de adquisición del papel del cuidador, ya que influirá en la manera posterior de cuidar y de cómo se sentirá el propio cuidador llevando a cabo la tarea (Fundación HOSPITAL ST. JAUME I STA. MAGDALENA).

Para realizar este trabajo de investigación se escogió al cuidador formal.

Según la bibliografía consultada, para cuidar a la persona mayor que requiere apoyo, es necesario que el cuidador tenga una fuerte motivación vocacional y actitudinal, debe tener conocimientos, por lo tanto, es necesario que se capacite y entrene en los cuidados básicos a otorgar y, por otra parte, que se cuide a sí mismo para que pueda cumplir con su rol de cuidador.

Se requiere que el cuidador tenga las siguientes habilidades:

- Disposición para cuidar.
- Disposición para aprender y cuidar mejor.
- Visión y actitud positiva hacia la vejez.
- Ser paciente y tolerante.
- Tener buen humor.
- Ser respetuoso.
- Ser creativo.
- Ser flexible.
- Ser empático (tener habilidad para ponerse en el lugar del otro).
- Tener mucha compasión.
- Capacidad para reconocer cuando esta sobrecargado.

Se requiere que el cuidador tenga los siguientes conocimientos:

1. Conocer cuáles son los cambios esperados con el proceso de envejecimiento.
2. Saber en qué consiste la enfermedad y cómo se manifiesta.

3. Identificar los nombres de los medicamentos que tiene prescrito la persona mayor, sus efectos y la forma de administrarlos.

4. Conocer sobre las medidas de prevención para evitar la pérdida de las capacidades y funcionalidades físicas y mentales.
5. Saber qué necesita la persona a quien cuida para que se sienta bien, cómoda y segura.
6. Saber qué debe hacer para ayudarle a recuperar su salud y bienestar.
7. Saber acerca de la conducta que debería asumir en caso que el deterioro de la persona mayor no mejore.
8. Conocer técnicas y herramientas de autocuidado, para evitar la sobrecarga (Ministerio de Salud de Chile, 2019).

Respecto al conocimiento del cuidador y el medicamento, dada la cantidad y variabilidad de medicamentos y presentaciones existentes en las RLE, unido a la complejidad de un proceso en el que intervienen múltiples profesionales, hace que la utilización de los medicamentos en las mismas, se considere una práctica de riesgo.

Por ello, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía propone recomendaciones relacionadas a los procesos de:

- 1) Almacenamiento y conservación.
- 2) Prescripción, preparación y administración de la medicación (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

Las acciones que realiza el cuidador son clave en el cuidado de la persona que requiere apoyo, pues cumple tanto el rol de informante, proveedor/a de cuidados y quien toma decisiones importantes en la organización de actividades cotidianas de la persona mayor, siendo además el nexo entre los profesionales de salud, sociales, la familia y la persona cuidada.

Las funciones que cumple el cuidador (a) generalmente son:

- a. Ayudar a la persona cuidada a vivir el presente, conectar con el pasado y mirar hacia el futuro. Apoyar en la realización de actividades domésticas.
- b. Ayudar al familiar en el desplazamiento interior y exterior.
- c. Colaborar en la higiene personal.
- d. Supervisar y administrar los medicamentos.**
- e. Resolver situaciones de conflicto derivadas del cuidado.
- f. Acompañar a su familiar a los controles médicos y realizar consultas en caso de dudas a cada uno de los miembros del equipo de salud (enfermera/o, psicólogo, nutricionista, trabajador/a social, médico).
- g. Realizar curaciones sencillas previa capacitación.
- h. Controlar signos vitales, especialmente temperatura y presión arterial (si no lo sabe hacer, solicite a la enfermera de su sector, que le enseñe).
- i. Realizar cambios de posición y movilización en cama cada dos horas.
- j. Acompañar.
- k. Incentivar a que realice actividades de recreación de acuerdo a sus capacidades.
- l. Preocuparse de la mantención del entorno, especialmente del dormitorio.
- m. Preparar alimentos y colaborar en la alimentación.
- n. Supervisar en el día y en la noche a su familiar.
- o. Realizar ejercicios de estimulación física y cognitiva.
- p. Ayudar en el desplazamiento al interior del domicilio.
- q. Actividades de autocuidado, que le permitan evitar la sobrecarga (Ministerio de Salud de Chile, 2019).

En lo que respecta a la Provincia de Santa Fe, el artículo 18 del Decreto Provincial Nro.1534/77, establece que todo el personal de RLE deberá:

- Asistir al servicio correctamente vestido, con pulcritud, aseo y decoro.
- Ser custodios de los bienes de la residencia y de las personas mayores durante su turno de trabajo.
- Acatar las órdenes laborales del director o responsable, cambios de turno o guardias por causas especiales, para el mejor funcionamiento del servicio.
- Asistir a curso de capacitación de acuerdo a sus funciones.
- Dialogar, escuchar, comprender, compartir proyectos y opiniones de la persona mayor.
- Crear un entorno amistoso.
- Conseguir la confianza y cooperación de la persona mayor.
- Trabajar y colaborar con el equipo interdisciplinario (Gobierno de Desarrollo Social, 1977).

Al respecto, es dable destacar que las RLE Oficiales de la Provincia de Santa Fe, no cuentan con un marco normativo referente a las incumbencias del cuidador acerca del manejo de medicamentos, de la supervisión y administracion de los mismos dentro del nosocomio.

Uso seguro de medicamentos en personas mayores

Las personas que requieren de atención y cuidados en las Residencias de Larga Estadía (RLE) presentan características especiales que los hacen muy vulnerables, ya que generalmente son personas de edad avanzada, con deterioro cognitivo y/o funcional, en situación de dependencia, con una o varias enfermedades crónicas y polimedicados. Se sabe que el número de medicamentos prescritos aumenta con la edad, al igual que con las comorbilidades y las enfermedades crónicas diagnosticadas. La polimedicacion se

considera un factor determinante para la aparición de incidentes relacionados con el uso de los medicamentos (IRSP), y las personas mayores son los grandes perjudicados. La frecuencia de sufrir un daño innecesario, asociado a la asistencia sanitaria (IRSP), relacionado con los medicamentos en las residencias de personas mayores es de 227 por cada 1000 personas/año. Según el Estudio Nacional sobre Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Socio Sanitarios (EARCAS 2011), los problemas relacionados con la medicación se encuentran entre los incidentes que se producen con mayor frecuencia. Entre ellos destacan:

- La falta de cumplimiento o adherencia terapéutica al tratamiento.
- La prescripción o administración de medicamentos innecesarios.
- La prescripción a pacientes equivocados.
- La omisión de dosis.
- La monitorización insuficiente de los tratamientos.

Además, existen diversos factores que contribuyen a la aparición de los problemas relacionados con la utilización de medicamentos dentro de las RLE y la mayoría están relacionados con:

- La propia naturaleza de los pacientes.
- La formación o cualificación del personal.
- El entorno de trabajo.
- La comunicación entre turnos, profesionales o niveles asistenciales.

Otra situación relevante que se desarrolla dentro de las RLE son los errores de medicación, entendiendo como tal, a "cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor". Estos incidentes pueden estar relacionados con:

- a. Las prácticas profesionales.
- b. Con los medicamentos.
- c. Con los procedimientos.
- d. Fallos en la prescripción.
- e. Fallos en la comunicación.
- f. Fallos en el etiquetado del medicamento.
- g. Fallos en el envasado del medicamento.
- h. Fallos en la denominación del medicamento.
- i. Fallos en la preparación del medicamento.
- j. Fallos en la distribución del medicamento.
- k. Fallos en la administración del medicamento.
- l. Fallos en la educación del personal que ejecuta la tarea.
- m. Fallo en el seguimiento y utilización de los medicamentos.

La cantidad y variabilidad de medicamentos y presentaciones existentes en las residencias, unido a la complejidad de un proceso en el que intervienen múltiples profesionales, hace que la utilización de los medicamentos en estos centros se considere una práctica de riesgo (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

El análisis de los 2 (dos) estándares incluidos en el Manual de Certificación de Servicios Residenciales, elaborado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, señala que el 50% de las residencias de personas mayores evaluadas desde marzo de 2014, mostraron espacios de mejora en relación al uso seguro de medicamentos. Destacan por su relevancia e interés, la ausencia de mecanismos de control para:

- garantizar la conservación y estabilidad de los medicamentos (40%).
- prevenir errores relacionados con etiquetado incompleto y/o ilegible de medicamentos (30%).

- asegurar la trazabilidad del medicamento en el proceso prescripción-preparación-dispensación-administración (30%).

Con el objetivo de fomentar la cultura de Calidad y Seguridad en el ámbito de la salud y el bienestar social, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), propone las siguientes recomendaciones relacionadas con los procesos de:

- A. Almacenamiento y conservación de medicamentos.
- B. Prescripción, preparación y administración de medicamentos.

Al respecto, propuso recomendaciones relacionadas con los procesos de: almacenamiento, conservación, prescripción, preparación y administración de los medicamentos (EARCAS, 2011).

1. Disponer de un lugar fresco, seco y protegido de la luz, con acceso restringido, para el almacenaje de los medicamentos. Los medicamentos estupefacientes deben guardarse bajo llave y los medicamentos termolábiles en la heladera.
2. Colocar de forma separada aquellos medicamentos que presenten envases similares o nombres parecidos.

La polimedicación se considera un factor determinante para la aparición de incidentes relacionados con el uso de los medicamentos en las residencias de larga estadía, motivo por el cual se aconseja:

1. Mantener los medicamentos correctamente identificados en su envase original o con etiquetas legibles o indelebles que contengan al menos la siguiente información: nombre comercial, principio activo, dosificación, vía de administración, fecha de vencimiento y lote.
2. Realizar un registro diario de la temperatura máxima y mínima de la heladera para garantizar que los medicamentos se encuentren dentro del rango de temperaturas óptimo

(entre +2º y +8ºC) y tener definido el procedimiento en el caso de que se encuentre fuera del rango.

3. Controlar periódicamente el vencimiento de los medicamentos y productos sanitarios disponiendo de un registro de la actividad realizada.

4. Establecer el plazo de validez de los medicamentos multidosis una vez abiertos (ej.: pomadas, jarabes, etc.) y garantizar su uso individual en aquellos en los que sea necesario (ej.: colirios y lapiceras de insulina), quedando identificado correctamente a qué residente pertenece.

5. Almacenar de forma individualizada la medicación de los residentes (casilleros, pastilleros personalizados, etc.).

En lo que refiere a la Prescripción, preparación y administración sugiere:

1. Disponer de un listado actualizado de medicamentos disponibles en la RLE, para su consulta por los profesionales.

2. Reducir el número de medicamentos y presentaciones diferentes para facilitar su manejo y conocimiento.

3. Mantener un modelo único de hoja de tratamiento por cada residente donde conste los datos de identificación del residente, las alergias y la relación actualizada de su medicación.

4. Reflejar en la hoja de tratamiento si algún medicamento debe conservarse, prepararse o administrarse bajo alguna condición determinada (medicamento con cadena de frío, no tomar junto a, tomar en forma simultánea con, antes de las comidas, interacciona con, etc.)

5. Evitar el uso de abreviaturas, símbolos o expresiones de dosis no estandarizadas.

6. Realizar la conciliación de la medicación al ingreso del residente, tras un alta hospitalaria.

7. Revisar la hoja de tratamiento de cada residente durante el proceso de preparación de la medicación por el personal autorizado.
8. La preparación debe realizarse en un espacio tranquilo y en caso de duda, consultar con el médico prescriptor.
9. En el caso de que la preparación de medicamentos se realice externamente (ej.: oficina de farmacia), verificar que se corresponde con la hoja de medicación actualizada.
10. Comprobar que los datos del paciente, el nombre de medicamento, dosis, vía de administración y frecuencia son correctas antes de depositar los medicamentos en pastilleros, bandejas, vasitos antes de su administración.
11. Los dispositivos utilizados para facilitar la administración deben identificarse con al menos dos identificadores válidos del residente (nombre y apellido y número de expediente).
12. Registrar la administración de la medicación administrada a cada residente: hora de administración, profesional y/o personal que lo ha administrado, así como cualquier incidencia ocurrida durante la administración.
13. Realizar un especial seguimiento en aquellos residentes que tomen por primera vez un medicamento para controlar la aparición de señales de alerta y sobre todo en aquellos con medicación de riesgo (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

Las Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos (BPAM) constituyen un elemento fundamental dentro de toda institución destinada al manejo de medicamentos, que engloba políticas, actividades y recursos con el propósito de mantener y garantizar la calidad, conservación y el cuidado de los medicamentos reconocidos por Ley, para una buena prestación de servicios de salud. Representan parte de la garantía de calidad que asegura que los productos sean conservados de forma segura, y se relaciona con todos los esfuerzos necesarios para reducir al máximo los riesgos de afectar la calidad de los

productos y la calidad de vida del residente. En este sentido se deberá contar con personal debidamente entrenado, espacios e instalaciones adecuadas, procedimientos e instrucciones claras e inequívocas, registros disponibles y accesibles relativos a compra/la recepción/entrega de productos (Cortijo Sanchez y Castillo Saavedra, 2011).

Rol del cuidador en relación a la administración de medicamentos e importancia de la capacitación sobre manejo de medicamentos

El envejecimiento de la población y el incremento de la población de personas mayores permiten identificar la necesidad de contar con instituciones de larga estadía que cuenten con recurso humano formado en el manejo de medicamentos. Los cuidadores de personas mayores deben tener la capacidad de poder brindar un cuidado adecuado entendiendo cuales son los requerimientos y características de las personas mayores, con el fin de poder comprender los cambios que se producen en el cuerpo y en la mente debido al envejecimiento. Estas personas no solo deben tener claro el cuidado especial que deben tener, sino también poder abordar las patologías que pueden presentarse, contando con capacitaciones teórico-prácticas dirigidas, supervisadas y evaluadas por profesionales de la salud que puedan evaluar periódicamente su desempeño e incluirlos en los programas de educación continua para el cuidado. Existen muchos casos en que las personas mayores no cuentan con los recursos económicos para llevar a cabo la contratación de personas especializadas en ese fin, siendo reclusos en residencias de larga estadía en donde la atención es asumida por trabajadores sin preparación adecuada para el correcto manejo de medicamentos. (Laiton K. J., 2016).

Del conocimiento adecuado de los medicamentos depende la salud y la calidad de vida de la persona mayor, la vida del residente, pues a partir de este conocimiento, los cuidadores pueden ser capaces de detectar reacciones adversas, interacciones medicamentosas y errores de medicación, además de garantizar una administración eficaz y segura, que le permite orientar al residente sobre el consumo de los mismos. La seguridad del residente no puede ser un proyecto a largo plazo, ha de ser un desafío constante en cada uno de los profesionales que tienen a cargo la vida del mismo, y que toca con sus manos el medicamento para ser aplicado a un individuo con el objetivo de mejorar su salud y calidad de vida. (Romero Viamonte, 2018).

El cuidado de las personas mayores respecto de su medicalización

Según el Estudio Nacional sobre Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Socio Sanitarios (EARCAS), los problemas relacionados con la medicación se encuentran entre los incidentes que se producen con mayor frecuencia, destacándose entre ellos:

- ✓ La falta de cumplimiento o adherencia terapéutica
- ✓ La prescripción o administración de medicamentos innecesarios o a pacientes equivocados.
- ✓ La omisión de dosis o la monitorización insuficiente de los tratamientos.

Existen diversos factores que contribuyen a la aparición, la mayoría están relacionados con la propia naturaleza de los pacientes, la formación o cualificación del personal, el entorno de trabajo o la comunicación entre turnos, profesionales o niveles asistenciales.

Con el envejecimiento las personas enfrentan más problemas de salud, principalmente por la presencia de las enfermedades crónicas (como la hipertensión, la diabetes y el cáncer, entre otras) que requieren un tratamiento fármaco terapéutico continuo, siendo inevitable la polimedicación, es decir, el consumo de múltiples medicamentos por un paciente, aumentando el riesgo de interacciones no deseadas o peligrosas. A estos riesgos se suman, problemas por cambios en el organismo, posibles errores de prescripción indebida y la automedicación.

Además, con el envejecimiento se producen modificaciones estructurales de los diferentes órganos y sistemas de la persona, que conllevan considerables cambios funcionales secundarios que producen una disminución de la reserva funcional, afectando fundamentalmente a la función renal, hepática, cardíaca y al sistema inmune entre otros. Estas, junto a las modificaciones farmacocinéticas (estudio de los procesos que sufre el fármaco en el cuerpo (absorción, distribución, metabolismo y excreción) y farmacodinámicas (refiere a las interacciones entre el fármaco y el receptor), que afectan a las personas mayores, condicionan de sobremanera el uso de los medicamentos en este colectivo (Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia, 2016).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudio

En el presente estudio se optó por la Investigación Acción, estrategia metodológica cualitativa, realizado en cuidadores de las Residencias de Larga Estadía (RLE) Oficiales de la Provincia de Santa Fe, que contó con una etapa de observación participante durante la realización de un ciclo de 19 (diecinueve) talleres presenciales realizados durante el año

2018 en cada una de las RLE y la realización de entrevistas semiestructuradas que actualizaron y precisaron la información durante el año el mes de abril de 2021.

La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de las personas y sus instituciones, sobre todo de los humanos y sus instituciones, es decir, busca interpretar lo que va captando activamente. Postula que la "realidad" se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias realidades, por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce en la interacción de todos los actores. Además, son realidades que van modificándose conforme transcurre el estudio y son las fuentes de datos (Sampieri Hernandez, 2014). Por su parte, la investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas (Sampieri Hernandez, 2014).

En cuanto a la investigación Acción, Elliot (2003), la define como *"un estudio de una situación social con el fin de mejorar la calidad de la acción dentro de la misma"*. Algunos de los rasgos más destacados de esta investigación es que: es participativa, es un proceso de aprendizaje, induce a teorizar sobre la práctica, realiza análisis críticos de las situaciones, etc. (Latorre, 2005).

Lomax (1990) define la Investigación Acción como *"una intervención en la práctica profesional con la intención de ocasionar una mejora"*. La intervención se basa en la investigación debido a que implica una indagación disciplinada (Escamez Bernal, 2010).

Esto significó en el estudio describir el escenario acerca de la problemática referente a las buenas practicas de manejo de los medicamentos en las RLE oficiales, a partir del saber que poseían los cuidadores sobre el ingreso, almacenamiento, preparación

y administración de la medicación suministrada a los residentes, así como su conocimiento respecto de la utilidad de su tratamiento, lo que da lugar a explicitar las necesidades que presenta la gestión política en relación con la problemática y presentar aportes concretos para la mejorar la Guía Buenas Practicas de Almacenamiento de Medicamentos para RLE, implementada en la Provincia de Santa Fe.

4.2. Universo y características de la muestra

Para realizar el estudio, se solicitó a la Dirección de Personas Mayores de la Provincia de Santa Fe, la autorización correspondiente para poder llevarlo a cabo; en este sentido la Dirección de Personas Mayores suministró la información para contactar a los cuidadores de cada RLE.

El estudio se realizó mediante una muestra intencional, que permitió seleccionar casos característicos de una población, limitando la muestra solo a los casos de estudio. Se utiliza en escenarios en las que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña (Otzen T., 2017).

La observación participante durante un ciclo de talleres se realizó en forma presencial en las 19 (diecinueve) RLE del territorio provincial.

Luego, para las entrevistas semiestructuradas, se consideró a 10 (diez) cuidadores de RLE ubicadas geográficamente en el norte, centro y sur provincial, correspondientes a las localidades de:

Cantidad	Localidad	Residencia
1	Tartagal	El Tajamar
2	San Javier	Nuestra Señora de la Merced
3	San José de Rincón}	Antón Martín
4	Clucellas	Agustín Oliva
5	Rafaela	Magdalena Lorenzi
6	Sastre	Emilio Ortiz
7	San Cristóbal	Alma
8	El Trébol	Santa Ana
9	Serodino	San Lucas
10	Chañar Ladeado	San Juan Bautista

La delimitación del número de cuidadores que participaron de la investigación se obtuvo en base al criterio de saturación teórica, definida como el punto al que se llega en la investigación, cuando la información recogida en nuevas entrevistas no aportan nada relevante a lo conocido (Hernandez Carrera, La investigación cualitativa a través de las entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada, 2014).

Se adoptó como criterio de inclusión a los cuidadores de ambos sexos de los turnos matutinos y vespertinos de las RLE oficiales de la Provincia de Santa Fe.

Para respetar el principio de anonimato y confidencialidad las entrevistas se identificaron a través de letras asignadas a cada residencia.

La limitación para este trabajo de investigación, fue el contexto de pandemia que obligó a realizar las entrevistas en forma telefónica imposibilitando la grabación de las mismas para un análisis más exhaustivo.

4.3. Fuentes de información y técnica de recolección de datos

4.3.1. Observación participante en los talleres

Durante el transcurso de 2018, La Dirección de Políticas de Adulto Mayores de la Provincia de Santa Fe, solicito al Colegio de Farmacéuticos de la Primera Circunscripción, colaboración para el dictado de un taller de capacitación sobre medicamentos destinados a los cuidadores de las 19 (diecinueve) Residencias de Larga Estadía (RLE), el cual fue desarrollado a través de un marco acuerdo de colaboración, con el objetivo de suministrar información sobre el medicamento y su correcta utilización, desde la perspectiva social, técnica y científica. Durante estos talleres se consideró para la observación: el conocimiento o saberes que poseían los cuidadores, los interrogantes que realizaban acerca de lo conocido y no conocido sobre los medicamentos (almacenamiento, preparación, administracion, interacciones, etc.) y las condiciones en que se desempeñaban.

4.3.2. Entrevista Semiestructurada

Se utilizó la entrevista semiestructurada, como método de recolección de datos. La entrevista semiestructurada no es tan formal ni rígida, permite al investigador poder introducir algunas preguntas para esclarecer vacíos en la información. En estas entrevistas se determina cual es la información relevante que se quiere conseguir de acuerdo al objeto de estudio y los enfoques teóricos. Se hicieron preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permitiendo entrelazar temas requiriendo de una gran atención por parte del investigador para poder darle sentido a la investigación (Hernandez Sampieri, 2014).

La misma, fue elaborada a través de una guía definida por el propio investigador, con el propósito de analizar los conocimientos y prácticas de los cuidadores participantes en la investigación. Se confecciono por preguntas relacionadas al objeto de estudio para entender el mundo desde el punto de vista del sujeto, analizando las experiencias de los cuidadores, relacionadas principalmente con las prácticas cotidianas referentes al manejo del medicamento en la Residencias de Larga Estadía (RLE) (Hernandez Carrera, La investigacion cualitativa a traves de las entrevistas: su analisis mediante la teoria fundamentada, 2014) (Ver ANEXO I).

Las entrevistas se fueron transcribiendo de forma manual en el cuestionario de preguntas elaborado. Al finalizar la totalidad de testimonios que conformaron el objeto de estudio se preparó y organizo el material para su análisis a través de una grilla para segmentar los fragmentos textuales de las entrevistas por categorías u subcategorías las que por cuestiones de organización y practicidad fueron codificadas mediante números y letras.

Las entrevistas fueron analizadas mediante la técnica de análisis de contenido, definido por Bardin (2002), como el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes (Herrera Diaz, 2018).

La entrevista fue realizada de forma telefónica, con un excelente grado de aceptación por parte de los participantes (cuidadores) de las RLE correspondientes a los turnos vespertinos y matutinos.

Para dar sustentabilidad y enriquecer el estudio, se realizó la búsqueda y análisis bibliográfico nacional e internacional de documentos, mediante la consulta en fuentes secundarias, como informes, normas, estudios, estándares de calidad, etc.

5. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Los ejes de análisis que guiaron la interpretación de los datos han sido:

- a. El marco normativo respecto de la regulación sobre la organización de las RLE, características del perfil del cuidador y consideraciones referentes al manejo de medicamentos.
- b. Condiciones de las residencias en la Provincia de Santa Fe en relación con el almacenamiento de medicamentos, considerando la categoría Espacio Edificio (EE).
- c. El conocimiento del cuidador respecto a los procesos de ingreso, almacenamiento, preparación y administración de los medicamentos, considerando las categorías: Ejecución de tareas (ET), Adquisición e ingreso de Medicamentos (AIM), Preparación y administración de medicamentos (PAM).

En cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías respondiendo a indicadores aportados por los distintos entrevistados, lo que permitió hacer manejable el cúmulo de información recogida durante la investigación y presentar los resultados en función de los objetivos propuestos (Ver ANEXO II).

Es relevante destacar que las RLE oficiales y privadas de la Provincia de Santa Fe, dependientes de la Dirección de Personas Mayores, hasta la fecha en que se llevó a cabo este trabajo de investigación presentaba un vacío normativo referente a los aspectos

relacionados al manejo de los medicamentos dentro de las mismas, es decir, aspectos inherentes al ingreso, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos.

En consonancia con esto, no están explicitadas las condiciones necesarias en los perfiles de los cuidadores acerca del correcto manejo del medicamento ni tampoco la generación de instancias de formación en la práctica que suplan esta faltante.

En el mes de julio de 2021, el Ministerio de Desarrollo Social a través de la Dirección de Personas Mayores implemento en todas las RLE del territorio provincial, tanto oficiales como privadas, la "Guía de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos" (Colegio de Farmaceuticos de Santa Fe 1º Circ. & Ministerio de Desarrollo Social, 2021), cuya finalidad fue la de suministrar al cuidador una herramienta de información que contribuyera a mejorar la información sobre cuestiones relacionadas al manejo de los medicamentos dentro de las RLE. Esta Guía fue elaborada con la colaboración del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, Primera Circunscripción.

Considerando el objeto de estudio, los objetivos y los referentes conceptuales se llegaron a determinar las siguientes categorías con las correspondientes subcategorías:

Categoría 1:

1. Espacio Edificio (EE)

En esta categoría se hace referencia al espacio destinado a almacenar los medicamentos.

1.1. Almacenamiento de medicamentos

Esta subcategoría, hace referencia al área apropiada para almacenar medicamentos, la que requiere condiciones especiales de temperatura, humedad, luz,

acceso restringido (bajo llave), además de minuciosos controles para medicamentos que son motivo de abuso y adicción (estupefacientes y psicotrópicos).

La mayoría de los espacios participantes, se ajustan a las recomendaciones de la Administración de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y de Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), en relación al área destinada para almacenar medicamentos, asegurando la conservación de los mismos, ya que caracterizan a esta subcategoría como un área especialmente asignada para el almacenamiento, que se encuentra equipada con un armario para el almacenamiento de medicamentos. Respecto al acceso restringido, seguro y bajo llave, la mayoría de los participantes manifiestan que el lugar se encuentra sin llave, situación que pone en riesgo el fácil acceso a los medicamentos y en especial para los denominados "sustancias controladas" (Psicotrópicos y estupefacientes), motivo de abuso y/o adicción. Al respecto, uno de los participantes manifestó que los residentes auto validados, guardan los medicamentos en el ropero de su habitación, situación que no se recomienda para el proceso de almacenamiento, ya que no solo pone en riesgo la conservación y calidad del medicamento, sino también la fácil accesibilidad al mismo. (Ver ANEXO III C1- EE- AM).

1.2. Área de ambiente controlado

Esta subcategoría refiere al control de la temperatura y humedad que deben tener las áreas para almacenar los medicamentos, garantizando la conservación de los mismos.

La agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), define al área de ambiente controlado, como el lugar en donde la temperatura se mantiene entre los rangos de 15°C (grados Celsius) y 30°C (grados Celsius), estableciendo los siguientes parámetros como referencia para el control:

- La humedad atmosférica debe mantenerse entre 40% y 70%.
- Un ambiente Caliente es cualquier ambiente cuya temperatura se encuentra entre 30°C y 40°C.
- Un ambiente con Calor excesivo es cualquier ambiente cuya temperatura se encuentra por encima de 40°C.
- Cualquier temperatura entre 8°C y 15°C se considera Enfriado.
- Cualquier temperatura que no exceda a los 8°C se considera como frío.
- Un lugar con Refrigeración es un espacio frío en el cual la temperatura es mantenida termostáticamente entre 2°C y 8°C.
- Refrigerador es todo equipamiento que permite mantener la temperatura entre 2°C y 8°C (ANMAT, Disposición ANMAT N° 3475/2005 , 2005).

Esta sub categoría no se ajusta a las recomendaciones de la ANMAT, ya que todos los participantes entrevistados manifestaron que la RLE no lleva un control de temperatura y humedad del área de almacenamiento de medicamentos, situación que no solo pone en riesgo la conservación y la calidad de los mismos, sino también la calidad de vida del residente. (Ver ANEXO III C1- EE- AC).

Categoría 2:

2. Ejecución de Tareas (ET)

2.1. Comunicación interna

Esta subcategoría refiere a la forma que adopta la RLE para informar la toma de decisiones.

Según el Estudio Nacional sobre Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Socio Sanitarios (EARCAS), los problemas relacionados con la medicación se

encuentran entre los incidentes que se producen con mayor frecuencia. Entre ellos destacan diversos factores que contribuyen a la aparición de los problemas relacionados con la utilización de medicamentos dentro de las RLE y la mayoría están relacionados con:

- El entorno de trabajo.
- La comunicación entre turnos, profesionales o niveles asistenciales. (EARCAS, 2011).

La mayoría de los participantes manifestaron tener conocimiento sobre el desempeño de las tareas asignadas ya que la comunicación dentro de la RLE se realiza a través de Cuadernos de Personal, Cuadernos de Novedades, Cuadernos de Tareas y/o Cuadernos de Reportes. En algunos casos existen grupos de Whatsapp y en otros la Dirección u Encargado de la RLE comunica los cambios a través de nota escrita. Asimismo, cuando una tarea asignada no es lo suficientemente clara, consultan a la Dirección o al Encargado de la RLE. Algunos participantes manifestaron que la RLE dispone de una planilla u organigrama con la estructura interna de la organización donde figuran los empleados, los cargos en orden jerárquico y las tareas a realizar en los diferentes sectores, modalidad que garantiza mínimamente el riesgo de aparición de problemas relacionados con los medicamentos. Uno de los participantes, encargado de una de la RLE, manifestó que un cuidador de la RLE desconocía cómo colocar una sonda a un residente; para realizar dicho procedimiento, el encargado, subió a través del grupo de Whatsapp un video de YouTube, ejemplificando la tarea, situación que pone en riesgo la Seguridad del Residente” por no estar definido en el protocolo de actuación para ese contexto. (Ver ANEXO III C2-ET-CI).

Categoría 3:

3. Ingreso de medicamentos (IM)

Esta subcategoría refiere a los procesos que se llevan a cabo para garantizar la calidad de los medicamentos una vez que han ingresado a la RLE.

Con el objetivo de fomentar la cultura de calidad y seguridad en el ámbito de la salud y el bienestar social, la Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), propone las siguientes recomendaciones relacionadas con los procesos de Almacenamiento (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2012).

- Colocar de forma separada aquellos medicamentos que presenten envases similares o nombres parecidos.

La poli medicación se considera un factor determinante para la aparición de incidentes relacionados con el uso de los medicamentos en las residencias de larga estadia, motivo por el cual se aconseja:

- Mantener los medicamentos correctamente identificados en su envase original o con etiquetas legibles o indelebles que contengan al menos la siguiente información: nombre comercial, principio activo, dosificación, vía de administración, fecha de vencimiento y lote.
- Realizar un registro diario de la temperatura máxima y mínima de la heladera para garantizar que los medicamentos se encuentren dentro del rango de temperaturas óptimo (entre +2º y +8ºC) y tener definido el procedimiento en el caso de que se encuentre fuera del rango.
- Controlar periódicamente el vencimiento de los medicamentos y productos sanitarios disponiendo de un registro de la actividad realizada.
- Establecer el plazo de validez de los medicamentos multidosis una vez abiertos (ej.: pomadas, jarabes, etc.) y garantizar su uso individual en aquellos en los que

sea necesario (ej.: colirios y lapiceras de insulina), quedando identificado correctamente a qué residente pertenece.

- Almacenar de forma individualizada la medicación de los residentes (casilleros, pastilleros personalizados, etc.) (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2012).

3.1. Donaciones

Esta sub categoría refiere aquellos medicamentos que las personas físicas o jurídicas entregan de forma voluntaria sin esperar recompensa.

Al respecto la OMS sostiene que los medicamentos donados no corresponden a menudo a las necesidades de la situación de emergencia ni a la morbilidad o al nivel asistencial disponible. Con frecuencia pasan inadvertidos tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes de la zona, pudiendo resultar incluso peligrosos. Además, los donantes tienen buenas intenciones, pero a menudo no se percatan de los posibles inconvenientes y consecuencias indeseables en el punto de recepción (OMS, 1999). Las donaciones, en sí mismas, no se tratan de una práctica ilegal o inadecuada. Muchas organizaciones obtienen medicamentos a través de canales legalmente establecidos (fundaciones, hospitales, etc.), pero la forma de su envío o traslado puede ser y en muchos casos lo es, inadecuada, pudiendo generar múltiples problemas. Entre ellos podemos destacar:

a- Que los medicamentos hayan sido obtenidos por vías irregulares. Este es especialmente el caso de las adquisiciones en las farmacias de medicamentos que requieren receta para su dispensación.

b- Traslado de medicamentos en condiciones no adecuadas deteriorando su potencialidad. Muchos medicamentos requieren condiciones de transporte particulares, como por ejemplo el mantenimiento de la cadena del frío, y el traslado en condiciones no adecuadas puede alterar significativamente la calidad de los medicamentos.

c- Puede suponer una violación de legislaciones existentes en algunos países para la entrada de medicamentos, lo que en último término puede acarrear la confiscación de los mismos, cuando no la implicación en situaciones consideradas delictivas (tráfico ilegal).

d- Aportación a pacientes necesitados de medicamentos recuperados de botiquines particulares. Esta práctica, especialmente perniciosa e ilegal, presenta múltiples aspectos negativos y problemas; algunos de ellos:

- Responder a enfermedades muy diferentes a las que comúnmente se presentan en los países destinatarios. La donación puede no corresponder con la necesidad existente.

- En función de su forma de obtención, pueden carecer de prospecto. El personal receptor puede no estar cualificado para manejar medicamentos de marca, dosis e instrucciones distintas a las del idioma del receptor, lo que sin duda incide en la posibilidad de un mal uso del medicamento y de efectos sobre la salud incontrolados.

- Muchas veces se incluyen medicamentos caducados o a punto de caducar, deteriorados o que no pueden completar los tratamientos terapéuticos por insuficiencia de dosis.

- Provocar a su vez que se usen mal, por ejemplo, que sean introducidos en el mercado negro (Farmamundi, 2019).

La mayoría de los participantes manifestaron que la RLE recibe donaciones en su mayoría de particulares, situación que pone en riesgo la legitimidad y la calidad de los medicamentos, además de la seguridad del residente, debido a la falta de información sobre la procedencia y la conservación de los mismos. Además, pocos participantes manifestaron llevar un registro de las mismas, situación que pone en riesgo la aparición

de problemas relacionados a los medicamentos dentro de la RLE, más allá de almacenarlas en un lugar apartado. (Ver ANEXO III C3-IM-D).

3.2. Muestras médicas

Esta sub categoría refiere a la presentación reducida de un producto farmacéutico sujeto a promoción que el visitador médico entrega sin costo a los profesionales facultados para prescribir, con la finalidad de formar en ellos un hábito prescriptivo y/o para recordarles la existencia de una marca comercial

Al respecto ANMAT, establece que todos los contenidos de la promoción de un medicamento deberán ajustarse a los datos de identificación característicos que figuran en el certificado de registro. La promoción de los medicamentos deberá favorecer en cualquier caso el uso racional, presentándolos en forma objetiva dentro del marco de sus propiedades farmacológicas, acción terapéutica e indicaciones aprobadas (ANMAT, Resolución Ministerio Salud Nº 627/2007 (con la modificación de la Res. MS Nº 1061/2007), 2007).

La mayoría de los participantes manifestaron que la RLE recibe muestras médicas de hospitales o de visitadores médicos, garantizando la procedencia y conservación, y adoptando como práctica habitual analizar si es de utilidad para el residente y controlar que la fecha de vencimiento se encuentre dentro del plazo para ser utilizada de forma óptima. Es importante destacar que la mayoría de los participantes manifestó no llevar registro de las mismas, situación que pone en riesgo la aparición de problemas relacionados con los medicamentos dentro de la RLE. (Ver ANEXO III C3-IM-MM).

3.3. Medicamento

Esta subcategoría refiere a toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o

para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra (ANMAT, Decreto 150/92, 1992).

El análisis de los dos estándares incluidos en el “Manual de Certificación de Servicios Residenciales”, elaborado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), señala que el 50% de las residencias de personas mayores evaluadas desde marzo de 2014, mostraron espacios de mejora en relación al uso seguro de medicamentos (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2012).

Destacan por su relevancia e interés, la ausencia de mecanismos de control para:

- Prevenir errores relacionados con etiquetado incompleto y/o ilegible de medicamentos (30%).

Con el objetivo de fomentar la cultura de calidad y seguridad en el ámbito de la salud y el bienestar social, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), propone:

- Colocar de forma separada aquellos medicamentos que presenten envases similares o nombres parecidos.
- Mantener los medicamentos correctamente identificados en su envase original o con etiquetas legibles o indelebles que contengan al menos la siguiente información: nombre comercial, principio activo, dosificación, vía de administración, fecha de vencimiento y lote.
- Almacenar de forma individualizada la medicación de los residentes (casilleros, pastilleros personalizados, etc.) (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2012).

Al respecto, la mayoría de los entrevistados manifestaron controlar los medicamentos y la fecha de vencimiento para proceder a la clasificación y almacenamiento por residente, procedimiento que se ajusta parcialmente a las recomendaciones establecidas ya que hay etapas que pasan desapercibidas (control de

principio activo, dosis, forma farmacéutica) y que son recomendables para evitar riesgos en el almacenamiento y por ende en el uso seguro de los medicamentos dentro de la institución (Ver ANEXO III C3-IM-M).

3.4. Medicamentos de cadena de frío

Esta subcategoría refiere a toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra (ANMAT, Decreto 150/92, 1992).

Existen medicamentos que por las características del fármaco, necesitan de cadena de frío para garantizar la conservación y eficacia del mismo.

Con el objetivo de fomentar la cultura de calidad y seguridad en el ámbito de la salud y el bienestar social, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), propone las siguientes recomendaciones relacionadas con los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos:

- Realizar un registro diario de la temperatura máxima y mínima de la heladera para garantizar que los medicamentos se encuentren dentro del rango de temperaturas óptimo (entre +2º y +8ºC) y tener definido el procedimiento en el caso de que se encuentre fuera del rango (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2012).

La mayoría de los participantes manifestaron que reciben medicamentos con cadena de frío y que además la RLE cuenta con una heladera para almacenar medicamentos como vacunas, insulinas y gotas oftálmicas, situación que se ajusta dentro de los estándares recomendados. No obstante algunos de los entrevistados desconocen que recaudos deberían tomar cuando un medicamento llega sin cadena de frío, situación

que pone en riesgo la calidad del medicamento y por ende la seguridad del residente, ya que no se ajusta a las recomendaciones establecidas (Ver ANEXO III C3-IM-MCF).

Es importante destacar que ninguno de los entrevistados manifestó llevar un registro de temperatura heladera, para garantizar la estabilidad de los medicamentos con cadena de frio, situación pone en riesgo la calidad de los medicamentos ya que no se ajusta a las recomendaciones establecidas para garantizar la conservación de los mismos (Ver ANEXO III C3-IM-MCF).

3.5. Registro de ingreso

Esta subcategoría refiere a proceso que se lleva a cabo en la residencia para ingresar en forma manual o en forma electrónica la procedencia, nombre el medicamento, forma farmacéutica, presentación, cantidad, lote, vencimiento y a que residente corresponde.

La mayoría de los participantes llevan un registro de los ingresos de medicamentos en forma manual utilizando cuadernos y/o archivan las recetas, tickets o facturas en la carpeta del residente, procedimiento que se ajusta a las recomendaciones establecidas para este proceso, ya permite conocer el nombre, forma farmacéutica, presentación, cantidad de envases, lote, fecha de vencimiento del medicamento del residente (Ver ANEXO III C3-IM-RI).

Categoría 4:

4. Preparación y Administración de Medicamentos (PAM)

Esta subcategoría refiere a la preparación de medicamentos, definiéndola como todas aquellas operaciones necesarias para adaptarlas para su administración al paciente,

tales como la individualización de la dosis, la reconstitución, dilución, identificación y acondicionamiento final (Martin de Rosales Cabrera, 2014).

La administración de medicamentos es un proceso, en el cuidador debe enfocarse en reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para la administración del mismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos.

4.1. Criterios para la preparación y administración.

La cantidad y variabilidad de medicamentos y presentaciones existentes en las residencias, unido a la complejidad de un proceso en el que intervienen múltiples profesionales, hace que la utilización de los medicamentos en estos centros se considere una práctica de riesgo (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

En lo que refiere a la preparación y administración sugiere:

1. Mantener un modelo único de hoja de tratamiento por cada residente donde conste los datos de identificación del residente, las alergias y la relación actualizada de su medicación.

2. Reflejar en la hoja de tratamiento si algún medicamento debe conservarse, prepararse o administrarse bajo alguna condición determinada (medicamento con cadena de frío, no tomar junto a, tomar en forma simultánea con, antes de las comidas, interacciona con, etc.)

3. Evitar el uso de abreviaturas, símbolos o expresiones de dosis no estandarizadas.

4. Revisar la hoja de tratamiento de cada residente durante el proceso de preparación de la medicación por el personal autorizado.

5. Realizar la preparación en un espacio tranquilo y en caso de duda, consultar con el médico prescriptor.

6. Comprobar que los datos del paciente, el nombre de medicamento, dosis, vía de administración y frecuencia son correctas antes de depositar los medicamentos en pastilleros, bandejas, vasitos antes de su administración.

7. Los dispositivos utilizados para facilitar la administración deben identificarse con al menos dos identificadores válidos del residente (nombre y apellido y número de expediente).

8. Registrar la administración de la medicación administrada a cada residente: hora de administración, profesional y/o personal que lo ha administrado, así como cualquier incidencia ocurrida durante la administración (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

Los medicamentos se presentan en diferentes formas farmacéuticas que influyen en su actividad terapéutica (Sandra L. Gracia Vázquez, 2007). No obstante, es muy frecuente la alteración de la integridad de las formas farmacéuticas, al partir o triturar las pastillas. En teoría, todos los medicamentos deben ser administrados sin manipular. Triturar la medicación puede acarrear riesgos ya que no toda la medicación puede ser triturada sin que sufra alteraciones importantes. No debe aplicarse en ciertos medicamentos porque se corre el riesgo de eliminar los beneficios de sus principios activos. Además de favorecer la conservación de estos principios activos y protegerlos contra factores de alteración, las formas de presentación de algunos medicamentos enmascaran y corrigen los olores o sabores desagradables. Partir o triturar pastillas puede provocar variaciones significativas en la dosis administrada y puede

afectar las características de liberación y absorción del principio activo del fármaco. Además, puede incrementar el riesgo de aparición de reacciones adversas, pérdida en la eficacia del fármaco, variación de la dosis y efectos tóxicos (Geriatricarea, 2016).

Al respecto la mayoría de los participantes manifestaron preparar la medicación para una semana de tratamiento colocándolos en pastilleros u ordenadores de medicamentos semanales identificados con el nombre y apellido del residente. Además, todos los participantes manifestaron que en la RLE hay una carpeta por residente donde se archivan la historia clínica, estudios clínicos, medicación indicada por el médico tratante y que ante dudas respecto del medicamento, dosis u horario proceden a consultarla. La frecuencia de administración es de 3 ó 4 veces al día, desayuno, almuerzo, merienda y cena; en algunos casos la medicación para inducir el sueño, se administra antes del descanso nocturno. En tal sentido los procesos descritos se ajustan a las recomendaciones establecidas, ya que la historia clínica o ficha del residente se consulta al momento de la preparación de la medicación. Como práctica habitual, la mayoría de los participantes manifestaron triturar o diluir los comprimidos para que el residente pueda tomar la medicación, modalidad que no se ajusta a las recomendaciones ya que la trituración de comprimidos aumenta el riesgo de provocar variaciones significativas en las dosis administradas, pudiendo aumentar el riesgo de presentar reacciones adversas a medicamentos, efectos tóxicos o en el peor de los casos sobredosis (Ver ANEXO III C4-PAM-CPA).

4.2. Conocimiento de la medicación

Esta subcategoría refiere al conocimiento necesario que debe poseer el cuidador acerca del o los medicamentos que va a administrar al residente. El cuidador, como tal, puede ayudar a que la persona tome el medicamento apropiado en el momento adecuado; en tal sentido es importante que sepa para qué sirve cada medicamento y

observe si produce o no el efecto esperado. Para asegurar que el tratamiento farmacológico sea seguro y eficaz debe conocer el nombre del medicamento, para qué sirve, su forma de aplicación, la dosis y el número de tomas al día. También la duración del tratamiento, y si mientras dure debe adoptarse algún tipo de precaución especial (Fundacion CLINIC, 1989).

En esta subcategoría la mayoría de los entrevistados manifestaron conocer la medicación y la frecuencia de administracion de la misma ya que generalmente los medicamentos que administran a los residentes son los mismos a lo largo del tiempo, es decir, toman los mismo medicamentos desde hace años, situación que se ajusta a las recomendaciones establecidas (Ver ANEXO III C4-CPA-CM).

6. CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo de investigación visibilizan claramente una vacancia en lo que refiere al conocimiento que poseen los cuidadores de las RLE de personas mayores en relación al correcto manejo de los medicamentos o a las Buenas Prácticas del Manejo de edicamentos, situación que refleja la necesidad de seguir investigando al respecto, no solo para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores sino también para aportar medidas correctivas y de mejora al marco regulatorio de la gestión de las RLE de personas mayores en relación al tema.

A partir de los resultados, es necesario:

- Reforzar el conocimiento del cuidador respecto a los medicamentos que utilizan las personas mayores y que aumentan el riesgo de padecer interacciones

medicamento- medicamento, reacciones adversas, efectos tóxicos, contraindicaciones.

- Mejorar el conocimiento del cuidador referente a las pautas y/o criterios para la administracion de medicamentos, evitando los riesgos de caída de los residentes.
- Implementar un modelo único de comunicación de RLE, que sea fácilmente adaptable a las necesidades particulares de cada residencia, con el objetivo de formalizar cada uno de los procesos a realizar dentro del nosocomio, mejorando la calidad de atención y por ende mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
- Mejorar la sistematización de información relacionado con el registro de procedencia de medicamentos, con el objetivo de garantizar la calidad de los mismos y la eficacia terapéutica.
- Adoptar un formato modelo de registro de temperatura de heladera, con la finalidad de garantizar la calidad y la eficacia de los medicamentos que requieren cadena de frio.
- Mejorar los procesos de almacenamiento, preparación y administracion de medicamentos, con el objetivo de contribuir al uso seguro de los medicamentos en personas mayores, garantizando las propiedades de los fármacos y su acción farmacoterapeutica.
- Mejorar las formas de administracion de las formas farmacéuticas solidas que se modifican de forma incorrecta al momento de su administracion, práctica que aumenta el riesgo de provocar variaciones significativas en la dosis administrada, incrementa el riesgo de padecer reacciones adversas, efectos secundarios y problemas con la eficacia del fármaco.

A partir de los resultados también se deduce la necesidad de instancias de formación del cuidador que pueden proponerse a priori o durante la práctica que desarrolla el cuidador sobre el manejo o buenas practicas del manejo de medicamentos. Pues si bien se observan las carencias mencionadas, claro está que el cuidador no tiene posibilidades, ni la posibilidad de generar instancias de formación. La formación que desarrollan es durante la práctica, a partir de las explicaciones informales que puedan recibir y/o de equivocaciones que no solo afectan la salud de las personas mayores sino que también aumentan el riesgo de sufrir problemas relacionados al incorrecto uso de medicamento y por ende la seguridad del residente.

Consideramos que, para avanzar en este sentido, necesariamente debe actualizarse la normativa regulatoria sobre las condiciones de contratación y competencias del cuidador, además de apelar a una mayor interrelación entre instituciones públicas y/o privadas con el objetivo de generar espacios de formación sobre las necesidades del cuidador, para favorecer su profesionalización e impactar así en el bienestar de las personas mayores que habitan en las Residencias de Larga Estadía.

RECOMENDACIONES

A las Entidades Gubernamentales de Salud:

- ✓ Ampliar y mejorar la normativa vigente referente a los procesos que involucran el manejo de medicamentos (ingreso, almacenamiento, preparación y administración) en las Residencias de Larga Estadía de Personas Mayores.
- ✓ Realizar talleres de capacitación a cuidadores de las RLE de la Provincia de Santa Fe, con la finalidad de mejorar el conocimiento acerca del manejo de los medicamentos y el uso seguro de la medicación en personas mayores.

- ✓ Conformar espacios de reflexión y análisis sobre el manejo de medicamentos en las RLE, contribuyendo a mejorar el uso seguro de medicamentos en las personas mayores.
- ✓ Instituir evaluaciones continuas al cuidador, como una medida de motivar el conocimiento y toma de consciencia de la fragilidad y vulnerabilidad al que están expuestas las personas mayores con el uso de medicamentos.

A las Universidades o Instituciones formadoras de cuidadores:

- ✓ Incluir como contenido de las carreras de formación en gerontología al medicamento, con la finalidad de formar cuidadores capaces de contribuir a disminuir los problemas relacionados con la medicación en personas mayores.

8. PROPUESTA DE INTERVENCION

La cantidad y variabilidad de medicamentos y presentaciones existentes en las residencias, unido a la complejidad de un proceso en el que intervienen múltiples profesionales, hace que la utilización de los medicamentos en estos centros se considere una práctica de riesgo.

Este estudio reflejo la necesidad de mejorar la Guía de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Medicamentos (Ver ANEXO IV), como herramienta facilitadora que contribuya a mejorar el conocimiento del cuidador de las RLE, sobre los procesos de ingreso, almacenamiento, preparación y administracion de medicamentos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la persona mayor.

9. ANEXOS

9.1. Anexo I

Entrevista

1. Espacio Edificio
1.1. ¿Dónde se guardan los medicamentos?
1.2. ¿Cómo se guardan los medicamentos?
1.3. ¿Ingresan medicamentos psicotrópicos y estupefacientes?

2. Ejecución de tareas
2.1. ¿Conocen que tareas deben realizar?
2.2. ¿Cuándo alguna tarea se modifica como se dan cuenta?
2.3. ¿Cuándo una tarea no es clara como proceden?

3. Adquisición e ingreso de medicamentos
3.1. ¿Dónde se registran las compras de medicamentos?
3.2. ¿Cómo se realiza la tarea?
3.3. ¿Reciben donaciones de medicamentos? ¿Muestras Médicas?
3.4. ¿Qué tareas realizan cuando ingresa una donación o muestra medica?
3.5. ¿Qué tareas realizan cuando ingresa un medicamento con cadena de frio?
3.6. ¿Cuándo un medicamento con cadena de frio llega sin la misma, que tareas realizan?

4. Preparación y administración de medicamentos
4.1. ¿Cómo entregan los medicamentos a los residentes?
4.2. ¿Siempre son los mismos medicamentos?
4.3. ¿Qué elementos tienen en cuenta cuando entregan el medicamento al residente?
4.4. ¿Cómo saben que los medicamentos entregados al residente están recetados por el médico tratante?
4.5. ¿Cuándo el medicamento no se corresponde con el indicado por el médico tratante como proceden?
4.6. ¿Saben para que sirve el medicamento que toma el residente?
4.7. ¿Durante cuánto tiempo lo toman y cuantas veces al día?
4.8. ¿Cómo entregan al residente los medicamentos para dormir?
4.9. ¿Los residentes sufren caídas o pérdida de estabilidad?
4.10. ¿Algún medicamento ha causado un efecto no esperado en el residente?
4.11. ¿Los medicamentos para dormir se dan junto con los antialérgicos?
4.12. ¿La aspirina y el acenocumarol se administran juntos?
4.13. ¿Cómo toma el omeprazol el residente?

9.2. Anexo II

Categorías y subcategorías

CATEGORIA	CODIGO	SUB CATEGORIA
1. ESPACIO EDILICIO	EE	1.1. Almacenamiento de medicamentos 1.2. Área de ambiente controlado
2. EJECUCION DE TAREAS	ET	2.1. Comunicación interna
3. INGRESO DE MEDICAMENTOS	IM	3.1. Donaciones 3.2. Muestras medicas 3.3. Medicamentos 3.4. Medicamentos con Cadena de Frio. 3.5. Registro de ingreso
4. PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	PAM	4.1. Criterios para la preparación 4.2. Conocimiento de la medicación a administrar

Definiciones de las Subcategorías

1. ESPACIO EDILICIO (EE)

1.1. Almacenamiento de Medicamentos	Área apropiada para productos que requieran condiciones especiales; temperatura humedad y luz. El área de productos que requieran controles especiales (estupefacientes) los cuales deben almacenarse en áreas de acceso restringido, seguro y con llave.
1.2. Área de Ambiente Controlado.	Por norma general, los fármacos deben ser conservados a una temperatura inferior a 25 °C o 30 °C, salvo aquellos que requieren condiciones especiales, como los medicamentos termolábiles, que son aquellos que precisan temperaturas bajas para su conservación, habitualmente entre 2 °C y 8 °C.

2. EJECUCION DE TAREAS (ET)

2.1 Comunicación interna	Una de las funciones primordiales que cumple la comunicación en una organización es la información, facilitando la toma de decisiones.
--------------------------	--

3. INGRESO DE MEDICAMENTOS (IM)

3.1. Donaciones	Son aquellos medicamentos que las personas físicas o jurídicas entregan de forma voluntaria sin esperar recompensa.
3.2. Muestras medicas	Es la presentación generalmente reducida de un medicamento, que el visitador médico entrega sin costo a los profesionales de la salud, con la finalidad de formar en ellos un hábito prescriptivo y/o para recordarles la existencia de una marca de fábrica.
3.3. Medicamento	El medicamento es "Toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra".
3.4. Medicamentos con cadena de frio	La cadena de frío es un conjunto de normas y procedimientos que aseguran el correcto almacenamiento y distribución de medicamentos que la requieran y vacunas a los servicios de salud desde el nivel nacional hasta el nivel local. La cadena de frío está interconectada con equipos de refrigeración que permiten conservar las vacunas a las temperaturas recomendadas para mantener su potencia.
3.5. Registro de ingreso	Proceso que consiste en ingresar en forma manual o en forma electrónica, la procedencia, nombre el medicamento, forma farmacéutica, presentación, cantidad, lote, vencimiento y a que residente corresponde.

4. PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (PAM)

4.1. Criterios para la preparación y administración.	La preparación de medicamentos en los centros sanitarios incluye todas aquellas operaciones necesarias para adaptarlos para su administración al paciente, tales como la individualización de la dosis, la reconstitución, dilución, identificación y acondicionamiento final.
4.2. Conocimiento de la medicación a administrar	Conocimiento necesario que debe poseer el cuidador sobre el medicamento (efecto terapéutico, dosis, frecuencia de administracion, como administrarse, etc.).

9.3. Anexo III

Resultados

(n) el número que figura entre paréntesis en cada párrafo es el número que corresponde al código asignado a la entrevista realizada.

CATEGORIA 1	1. ESPACIO EDILICIO (EE)
1.1. Almacenamiento de Medicamentos (AM)	
<i>"Se guardan en armarios exclusivos para medicamentos. Hay otros armarios para material de curación, guantes, gasas, alcohol, etc.". (3)</i> <i>"En una sala para medicamentos". (4)</i> <i>"En un mueble que esta el office de enfermería. El mueble tiene nichos y en cada nicho colocamos en cajas los medicamentos para cada residente". (5)</i> <i>"En un mueble que se encuentra en una habitación que antes era el consultorio del médico". (6)</i> <i>"Tenemos un mueble que se encuentra en el office de enfermería que tiene llave". (7)</i> <i>"Se guardan en armario que está en la Dirección de la residencia". (8)</i> <i>"Los residentes auto válidos que pueden tomar solos la medicación, las guardan en su ropero. En el office guardamos el resto de los medicamentos". (1)</i> <i>"En la pieza de personal tenemos un armario con llave y candado. Los residentes no pueden ingresar". (2)</i> <i>"En una sala para medicamentos. Los encargados de preparar la medicación tienen llave; solo abrimos para la preparación de la medicación que se hace semanal". (4)</i>	

"Tiene llave pero queda abierto todo el día y noche, solo ponemos llave en el cambio de guardia". (5)

Tenemos un mueble que se encuentra en el office de enfermería que tiene llave".(7)

"Se guardan en armario que está en la Dirección de la residencia. La administración funciona ahí; se puede entrar y salir durante el tiempo en que administración trabaja. Luego queda cerrado bajo llave". (8)

CATEGORIA 1	1. ESPACIO EDILICIO (EE)
1.2. Área de Ambiente Controlado (AAC)	
<i>"Es un lugar fresco". (1)</i> <i>"El lugar es fresco. Hay un ventanal grande con rejas que generalmente (verano) está abierto. Además este lugar tiene aire acondicionado. No controlamos la temperatura ni la humedad". (2)</i> <i>"No tomamos la temperatura pero es un lugar fresco". (4)</i> <i>"El lugar es fresco. No controlamos la temperatura. No hay humedad en las paredes a pesar de ser un lugar cerrado con luz artificial". (5)</i> <i>"Hay una heladera y una ventana que tiene cortina. No hay aire acondicionado y no hay termómetro para medir la temperatura. La humedad no la medimos". (6)</i> <i>"Es un lugar fresco y libre de humedad". (7)</i> <i>""Hay una ventana que se abre para ventilar. No tomamos la temperatura pero es un lugar fresco". (8)</i> <i>"En un mueble que se encuentra en una habitación que antes era el consultorio del médico. Hay una heladera y una ventana que tiene cortina. No hay aire acondicionado y no hay termómetro para medir la temperatura. La humedad no la medimos". (6)</i>	

CATEGORIA 2	2. EJECUCION DE TAREAS (ET)
2.1. Comunicación Interna (CI)	
<i>"Sabemos que tenemos que hacer porque vamos dividiendo las tareas; todos hacemos todas las tareas. Vamos viendo sobre la marcha". (22)</i> <i>"Sí. Cada uno sabe que tiene que hacer". (23)</i> <i>"Sí sabemos porque todo el personal hace todas las tareas. Los dormitorios se limpian todos los días, la cocina y el comedor. Dos veces por semana le limpian otros sectores. Los medicamentos los toman todos los días por la mañana, tarde y noche". (24)</i> <i>"Levantamos a residente, lo bañamos, lo cambiamos, secamos el cabello y lo llevamos al comedor para desayunar. Antes de desayunar le suministramos los medicamentos que corresponden a la mañana". (25)</i> <i>"Si y la dirección nos indica que debemos hacer". (26)</i> <i>"Tenemos actividades específicas para todos los días de la semana. En la planilla de actividades tenemos que marcar con una cruz las actividades realizadas. En caso de no poder realizarlas debemos dejar constancia del porque no se pudo hacer". (27)</i> <i>"Sí. Cada uno sabe las tareas diarias que debe realizar. Tenemos un organigrama confeccionada por la dirección y allí figuran las tareas asignadas por turno". (28)</i> <i>"Tenemos funciones para el personal de servicio generales y funciones para el personal asistencial. Está todo bien descripto". (29)</i> <i>"Todas las modificaciones se anotan en el Cuaderno de Novedades. En los cambios de turno o pase de guardia nos enteramos leyendo las novedades. También tenemos un grupo de Whatsapp para comunicarnos". (30)</i> <i>"Para Covid el medico nos dice que debemos hacer. Para el resto de las tareas la dirección comunica en forma escrita y tenemos que notificarnos". (30b)</i>	

"Hay un Cuaderno de Personal de Servicios donde nos cuentan los cambios y tenemos que notificarnos, eso es para las tareas en general. Hay otro Cuaderno de Guardia donde figuran las noticias que pasaron con los abuelos y tenemos que firmar la entrada y salida". (31)

"Hay un cuaderno de tareas donde se anota todo lo que hay que hacer, todo lo de limpieza figura allí. También hay un cuaderno de novedades que consultamos". (32)

"En los cambios de turno o pase de guardia nos enteramos porque debemos registrar las novedades".(33)

"Tenemos un grupo de Whatsapp para comunicarnos porque no todo el personal lee el Report". (34)

"Hoy no hay director. El en encargado de la RLE nos informa en forma escrita y debemos notificarnos de los cambios. En pase de guardia se nos avisa de los novedades". (35)

"Lo hablamos o consultamos a la dirección". (36)

"Planteamos la inquietud a la Dirección". (37)

"Cuando no entendemos algo, solicitamos una respuesta por nota". (37b)

"La directora antes de planificar las tareas no llama a reunión para que entre todos podamos organizarnos de la mejor manera". (38)

"Consultamos a la encargada. No hay director". (39)

"Tenemos reuniones de personal y ahí nos enteremos de los cambios. Hablamos mucho en grupo y también en forma personal". (39b)

"Tuvimos el caso de una abuela que había que colocarle una sonda, entonces subí al grupo de Whatsapp un video para que vieran como hacerlo. Si no saben algo me llaman porque yo estoy de mañana". (40)

CATEGORIA 3	3. INGRESO DE MEDICAMENTOS (IM)
3.1. Donaciones (D)	
<i>"Recibimos donaciones que las personas del pueblo o del Sistema de Atención Medica para la comunidad (SAMCo)". (55)</i> <i>"Nos fijamos en el vencimiento y vemos si los medicamentos que traen sirven para algún residente. Las muestras médicas y las donaciones se guardan en la parte de arriba de unos ficheros administrativos, en el mismo espacio donde está el otro mueble donde se guardan los medicamentos". (61)</i> <i>"Si a veces recibimos donaciones que la gente nos trae que se registran en una carpeta llamada Donativos. Los medicamentos los colocamos en otro lugar apartado de la medicación para el residente". (55b)</i> <i>"Recibimos donaciones que las personas nos traen. Las recibe administración y nos las trae al office. Las asentamos el Cuaderno de Insumos. Nos fijamos el vencimiento. Quedan en un lugar aparte del office, o sea, no lo colocamos junto con los medicamentos del residente". (60)</i> <i>"Si a veces recibimos donaciones que la gente nos trae. Vemos si los medicamentos sirven para algún residente, controlamos el vencimiento y lo aceptamos. No se registra en el cuaderno de medicamentos pero se guarda en una caja que se ubica dentro del office en un lugar apartado". (60b)</i>	

CATEGORIA 3	3. INGRESO DE MEDICAMENTOS (IM)
3.2. Muestras Médicas (MM)	
<i>"El médico del Samco no da muestras médicas". (55)</i> <i>"El médico de Pami que viene acá nos trae muestras médicas". (56)</i> <i>"Vemos si los medicamentos que traen sirven para algún residente. Si sirve lo clasificamos si son analgésicos o antiácidos los dejamos y controlamos el vencimiento". (57)</i> <i>"Las muestras médicas se guardan en la parte de arriba de unos ficheros administrativos, en el mismo espacio donde está el otro mueble donde se guardan los medicamentos". (61)</i>	

CATEGORIA 3	3. INGRESO DE MEDICAMENTOS (IM)
3.3. Medicamento (M)	
<i>"Se guardan en un armario que se encuentra en el office. Dentro del armario tenemos una caja de plástico para cada residente donde colocamos los envases originales de los medicamentos que le corresponde a cada uno de ellos". (16)</i> <i>"Abrimos la bolsita y los colocamos en el tapperware con el nombre o sobrenombre del residente. Cada residente tiene su tapperware con el nombre o sobrenombre. El tapperware queda en el mueble". (17)</i> <i>"Nunca sacamos los blíster de las cajas, o sea, guardamos las cajitas del medicamento dentro de la caja que va al nicho del mueble. A veces queda medicación sin usar que la colocamos en el fondo del casillero durante 15 días. Después de los 15 días la sacamos y la colocamos en una caja grande que la llamamos MEDICACION SUSPENDIDA. Esta caja queda arriba de otro mueble y vamos poniendo todo lo que no se toma". (17b)</i> <i>"Se guardan en el armario de medicamentos. Los separamos por enfermedad o la acción que tienen por ejemplo los medicamentos de la presión van todos juntos". (18)</i> <i>"Se guardan en un armario que se encuentra en la sala. Dentro del armario tenemos una caja por residente que está identificada con nombre y apellido; en esta caja colocamos los medicamentos en su envase original". (18b)</i> <i>"Dentro del mueble hay cajas azules que tienen el nombre de cada residente. Ahí dentro colocamos los envases originales de los medicamentos que corresponden a cada residente". (18c)</i> <i>"Se abre el paquete, sacamos los medicamentos en su envase original para colocarlos en las cajas de cada residente que se encuentran en el armario. La medicación se prepara semanal y se coloca en pastilleros". (18d)</i>	

"Se guardan en 2 armarios bajo llave. Cuando el residente queda sin medicamento se abre el armario y se repone el medicamento en el tupperware del residente". (18e)

"Se guardan en un armario que se encuentra en el office. Dentro del armario tenemos una caja de plástico para cada residente donde colocamos los envases originales de los medicamentos que le corresponde a cada uno de ellos". (16)

"Abrimos la bolsita y los colocamos en el tupperware con el nombre o sobrenombre del residente. Cada residente tiene su tupperware con el nombre o sobrenombre. El tupperware queda en el mueble". (17)

CATEGORIA 3	3. INGRESO DE MEDICAMENTOS (IM)
3.4. Medicamento de Cadena de Frio (MCF)	
<i>"En enfermería tenemos una heladera exclusiva con la planilla para controlar la temperatura. Nos hicieron comprar un termómetro para la temperatura. Llegan en conservadoras y la ponemos en la heladera". (62)</i> <i>"Llegan vacunas con heladerita y el refrigerante que la guardamos en la heladera para medicamentos. Las gotas y las insulinas las dejamos en el envase original y van a la heladera. En el envase original le colocamos el nombre del residente". (63)</i> <i>"Las gotas oftálmicas e insulinas vienen de la farmacia en bolsa térmica con el refrigerante. Revisamos que este frio el paquete, lo abrimos y colocamos los medicamentos en la heladera. Las lapiceras de insulina no se rotulan porque cada residente sabe cuál le pertenece". (64)</i> <i>"Ingresan gotas para los ojos e insulinas. Vienen de la farmacia o del Samco en heladera de telgopor y con el sachet frio. Abrimos la heladerita y colocamos los medicamentos en la puerta de la heladera exclusiva para medicamentos". (65)</i> <i>"Hay una heladera y una ventana que tiene cortina. No hay aire acondicionado y no hay termómetro para medir la temperatura". (6)</i> <i>"Colocamos en el centro de la heladera las vacunas. En la puerta de la heladera las gotas oftálmicas y las insulinas. Colocamos en el centro de la heladera las vacunas. En la puerta de la heladera las gotas oftálmicas y las insulinas". (66)</i> <i>"Recibimos de la farmacia en heladerita y sachet de hielo. Lo guardamos en la heladera para medicamentos y muestras de análisis de los residentes". (68)</i> <i>"No sabemos. En ese caso preguntaríamos al médico". (72)</i> <i>"Siempre llegan en conservadora, o sea, con el frío". (70)</i>	

CATEGORIA 3	3. INGRESO DE MEDICAMENTOS (IM)
3.5. Registro de Ingresos (RI)	
<i>"Todo lo asentamos en el Cuaderno Report de Medicación en forma manual". (49)</i> <i>"Se asienta en el cuaderno de medicamentos en forma manual". (50)</i> <i>"Lo que viene de la farmacia, hospitales o cooperadora queda asentado en cuadernos. Lo que traen los familiares queda registrado en el Report de Enfermería". (51).</i> <i>"Todo lo que llega va al cuaderno y colocamos quien lo recibe, las drogas y la cantidad". (53)</i> <i>"Llega el medicamento abrimos la bolsa, separamos y anotamos en el cuaderno". (53b)</i> <i>"Llega el medicamento abrimos la bolsa, separamos y anotamos en el cuaderno de medicamentos, la fecha, que medicamentos, cuantos". (54)</i> <i>"Llega el medicamento abrimos la bolsa, separamos y anotamos en el cuaderno de medicamentos, la fecha, que medicamentos, cuantos, droga, miligramos". (54b)</i> <i>"Cada receta del residente se asienta en el cuaderno". (54c)</i> <i>"Guardamos las facturas o tickets dentro de la carpeta". (52)</i> <i>"Lo que viene de la farmacia y de cooperadora se coloca en el cuaderno con fecha, vencimiento, droga y cantidad". (52b)</i>	

CATEGORIA 4	4. PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (PAM)
4.1. Criterios para la Preparación y Administracion (CPA)	
<i>"Hay un pastillero por residente que se prepara para toda la semana. El pastillero tiene 7 hileras y dentro de cada hilera cinco cuadraditos (desayuno, almuerzo, etc.), entonces ponemos en cada hilera (día de la semana) y en cada compartimento el medicamento que tenga que tomar en el desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena. Partimos los comprimidos y los dejamos en el pastillero porque lo que receta el medico son medicamentos que pueden partirse para llegar a la dosis que necesita el residente". (74)</i> <i>"Sacamos los medicamentos del envase original y lo vamos colocando en el organizador de medicamentos. Ese organizador (para siete días de tratamiento) se coloca en un platito de aluminio que tiene el nombre del residente y va al sector donde desayunan. La cocinera entrega los medicamentos a los residentes". (75)</i> <i>"La medicación semanal queda prepara en el pastillero semanal. Se la damos en varios horarios dependiendo de la indicación médica. A los residentes auto validos se los damos en la mano. A los residentes con dependencia se los damos en cuchara. A veces lo toman con la leche en el desayuno y otras veces con agua. Los comprimidos grandes los trituramos o lo diluimos para que puedan tragarlo". (76)</i> <i>"La medicación semanal queda prepara en el pastillero. Cada pastillero tiene el nombre y apellido del residente. Un turno entrega en desayuno – almuerzo y otro turno en merienda –cena". (77)</i> <i>"La medicación semanal queda prepara en el pastillero que tiene 7 días. Cada pastillero tiene el nombre y apellido del residente. Entregamos a las 8-12-16 y 20 horas". (78)</i> <i>"Los medicamentos los entregamos en el desayuno- almuerzo- merienda y cena. Lo sacamos del tupperwear que tiene el nombre del residente y se los entregamos todos juntos en cuchara. Dependiendo del residente a veces tenemos que partir los comprimidos; otras veces los trituramos o los diluimos para que puedan tragarlos". (79)</i> <i>"La medicación del residente se prepara en pastilleros que tienen el nombre del residente. Se hace de viernes a viernes. En el desayuno vamos con el pastillero y</i>	

entregamos los medicamentos en la mano o en una cuchara para que la tomen. A veces no quieren tomar la medicación entonces los charlamos al abuelo y ahí la toman". (80)

"Los medicamentos se preparan semanalmente en pastilleros. Nos fijamos en la carpeta de medicamentos de cada residente que droga y dosis hay que darle". (86)

"Los medicamentos se preparan semanalmente en pastilleros, de lunes a viernes. El viernes se deja preparado para que tengan medicación el sábado y domingo. El lunes temprano se vuelve a preparar hasta el viernes. Se consulta la carpeta de cada residente y vemos la dosis, el medicamento y el vencimiento. Sacamos los medicamentos del mueble y separamos en tapperware de cada residente. Si encontramos medicamentos vencidos lo sacamos de la caja y lo tiramos al inodoro". (87)

"A veces cuando preparamos el organizador y dependiendo del residente tenemos que partir o triturar las pastillas porque no las pueden tragar. Se los damos en cuchara y con agua. Cada residente tiene su botella de agua por esto del Covid". (89)

"Tomamos el pastillero diario de medicación que es para cada residente y procedemos a dárselos. Tenemos orden de la dirección que esperar a que el residente tome la medicación. Los comprimidos grandes los trituramos o lo diluimos para que puedan tragarlo". (90)

"Hoy nos colocamos guantes por el Covid. Tomamos los pastilleros que dejó preparado el turno anterior, sacamos los medicamentos y con una cuchara y un vasito de agua se lo damos. A veces trituramos o diluimos los comprimidos porque no pueden tragar". (91)

"Tenemos carpetas de historia clínica por cada residente que la confecciona el médico de cabecera. En cada carpeta a la vista hay una fotocopia de la medicación diaria. Eso se hace porque como yo no estoy a la tarde noche, ante una urgencia saben que está tomando el residente. Es lo primero que te pregunta la emergencia". (93)

"Llevamos una carpeta por residente que la hace el médico. Transcribimos la medicación a la carpeta de enfermería para tener a mano la droga, dosis y para preparar la medicación". (94)

"Si tenemos dudas consultamos la Carpeta del Residente que contiene la historia clínica los controles, análisis, los medicamentos, dosis y las indicaciones del médico de cabecera". (94b)

"En la carpeta figura la indicación para cada residente que la confecciona el médico de cabecera. En cada carpeta hay análisis, los tickets, controles (94c) indicación para cada residente que la confecciona el médico de cabecera. En cada carpeta hay análisis, los tickets, controles". (94c)

"En residencia llevamos una Planilla de registro diario de la medicación por residente y la información la sacamos de la historia clínica del residente. La historia clínica la hace el medico". (94d)

CATEGORIA 4	4. PREPARACION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (PAM)
4.2. Conocimiento de la medicación (CM)	
<i>"Todos no sabemos, porque a muchos del personal no les interesa. Trato de explicar para que son los medicamentos que toman pero algunos escuchan y otros no". (100)</i> <i>"Algunas veces. Yo sé porque soy enfermero y además me gusta que el abuelo sepa. Muchas veces hago capacitaciones entre compañeros pero no todos se interesan". (101)</i> <i>"La mayoría sabemos porque son siempre los mismos medicamentos. Cuando no sabemos leemos el prospecto". (102)</i> <i>"Generalmente sí. Si no sabemos buscamos en internet. También tenemos el prospecto". (102b)</i> <i>"Estamos atentos a los residentes porque a veces se descomponen. Vemos cómo responden a los medicamentos o al tratamiento y le avisamos al médico". (103)</i> <i>"Generalmente sabemos. Pero respetamos la indicación del médico". (105)</i> <i>"Lo toman durante años, meses. El médico no les saca medicamentos". (106)</i> <i>"La medicación la toman desde hace años, es muy raro que el medico se suspensa o cambien". (107)</i> <i>"Según el tratamiento indicado por el médico. La mayoría sabemos toman medicamentos en el desayuno, almuerzo merienda y cena (108). Según el tratamiento indicado por el médico. La mayoría sabemos toman medicamentos en el desayuno, almuerzo merienda y cena". (108)</i> <i>"La medicación la toman desde hace años. Son crónicos". (109)</i> <i>"Lo toman durante años, meses. Algunos lo toman en desayuno, almuerzo, cena". (109b)</i> <i>"Generalmente dos veces al día, a las 8:00 y 20:00 horas. Lo toman durante meses porque son crónicos". (110)</i>	

"Generalmente los residentes toman los mismos medicamentos desde hace años. A veces el medico realiza algunos ajustes en las dosis". (111)

"El clonazepam lo toman después de la cena. Hay algunos casos que lo toman en el desayuno o merienda". (112)

"Llevamos el pastillero que tiene la medicación para entregársela al residente. La entrega se hace de 20 a 22 horas antes de ir a dormir". (113)

"Generalmente se los damos después de cenar. Hay residentes que toman clonazepam y risperidona a media mañana". (114)

"El antialérgico se lo damos en el desayuno y cena. Más tarde tipo 23 horas le damos clonazepam para dormir". (127)

"Hay residentes con alergia que les da picazón. Le damos 1 comprimido por día, a media tarde. Se lo damos solo". (128)

"Los antialérgicos se los damos a la mañana, una dosis y durante tres días. El medicamento para dormir lo damos a la noche". (129)

"La aspirina generalmente la toman en el desayuno y almuerzo. El acenocumarol lo toman a la noche". (131)

"La aspirina la toman a la mañana y el acenocumarol también. No lo damos juntos". (132)

"La aspirina se la damos a la mañana en el desayuno. El acenocumarol a la noche". (134)

"La mayoría toma omeprazol desde hace años en forma conjunta con el resto de los medicamentos que toman de forma crónica". (136)

"Hay adicción con el omeprazol. No lo podemos dejar de dar porque está indicado". (137)

9.4. ANEXO IV

Guía Buenas Prácticas para el Almacenamiento de Medicamentos para RLE de la Provincia de Santa Fe

1 – Introducción

El correcto ingreso y almacenamiento de medicamentos es una actividad con consecuencia directa sobre la calidad y eficacia terapéutica de los medicamentos y que abarca desde la adquisición hasta la administración del mismo.

La falta de control y monitoreo, en lo que refiere a la conservación y manipulación de los medicamentos puede afectar la calidad del mismo y por sobre todo, la salud de la persona mayor residente. Por otra parte, debe asegurarse la adquisición de medicamentos por los canales legalmente establecidos (farmacias, hospitales, obras sociales), de modo de evitar la introducción de medicamentos ilegítimos en la cadena legal de abastecimiento.

Esta guía proporciona herramientas para llevar a cabo las actividades de ingreso, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos, garantizando mantener la calidad de los mismos y la calidad de vida de la persona mayor residente.

2 – Definiciones

Guía: conjunto de acciones a seguir, que orienta o dirige algo hacia un objetivo. El objetivo de esta guía está dirigido a garantizar el cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito a las personas mayores residentes, promoviendo, manteniendo o recuperando el estado de salud de las mismas y por ende la calidad de vida.

Medicamento: es una sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en los seres humanos. También se consideran medicamentos aquellas sustancias que se utilizan o se administran con el objetivo de

restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas del organismo o aquellas para establecer un diagnóstico médico.

Residente: persona mayor que reside en una Residencia de Larga Estadía (RLE) y que consume uno o más medicamentos.

Manejo de Medicamentos: comprende las tareas que deben llevarse a cabo durante el ingreso, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos.

3 – Objetivos

- Mejorar la calidad de vida de la persona mayor residente, a través de la apropiada utilización del medicamento, garantizando la eficacia terapéutica del medicamento administrado, asegurando el cumplimiento del tratamiento prescripto, almacenamiento, la preparación, administración y seguimiento del mismo.
- Aumentar el conocimiento sobre el manejo del medicamento (ingreso- control- almacenamiento- preparación de la medicación- administración) a todos los cuidadores de las Residencias de Adultos Mayores (RLE) de la Provincia de Santa Fe.

4 – Alcance

La guía está dirigida a todo cuidador de Residencias de Larga estadía (RLE) de la Provincia de Santa Fe.

5 – Responsable

La responsabilidad de cumplimiento de la guía estará a cargo de la dirección de la Residencia de Larga Estadía (RLE).

Recomendaciones relacionadas con los procesos de Ingreso y Almacenamiento de medicamentos

- a. El ingreso de un medicamento deberá estar acompañado del comprobante de la compra (ticket o factura), con el objetivo de garantizar la procedencia dando cumplimiento a las leyes que refieren al canal legal de comercialización de medicamento.
- b. Disponer de un lugar fresco, seco y protegido de la luz, con acceso restringido, para el almacenaje de los medicamentos.
- c. Debe documentarse por medio de una planilla los registros de temperatura y humedad, los cuales no deberán ser mayores a 25°C y 70% de humedad.
- d. Los **medicamentos estupefacientes** deben guardarse bajo llave y una persona responsable debe llevar un inventario, que registre el ingreso y egreso de los mismos, indicando el nombre del residente.
- e. Los **medicamentos psicotrópicos** deben guardarse bajo llave y una persona responsable debe llevar un inventario que registre el ingreso y egreso de los mismos, indicando el nombre del residente.
- f. Los **medicamentos termolábiles** (se alteran con facilidad por la acción del calor o altas temperaturas) deben guardarse en la heladera, en la temperatura indicada por el laboratorio fabricante. Debe documentarse por medio de una planilla o sensores térmicos los registros de temperatura como mínimo dos veces en el día.
- g. Colocar de forma separada aquellos medicamentos que presenten envases similares o nombres parecidos.
- h. En caso de utilizarse **muestras médicas** deberá existir un procedimiento que documente que las mismas han conservado sus condiciones de almacenamiento. Se sugiere la entrega mediante remito por parte laboratorio fabricante. (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

La poli medicación se considera un factor determinante para la aparición de accidentes relacionados con el uso de los medicamentos (reacciones adversas, efectos tóxicos, etc.) en las RLE, para ello aconseja:

- Mantener los medicamentos correctamente identificados en su envase original o con etiquetas legibles o indelebles que contengan al menos la siguiente información: nombre comercial, laboratorio fabricante, nombre de la droga o fármaco, dosificación (cantidad de droga o principio activo), vía de administración, fecha de vencimiento y lote.
- Llevar un registro diario de la temperatura máxima y mínima de la heladera garantizando que los medicamentos se encuentren dentro del rango de temperaturas estandarizados entre + 2º y +8ºC para garantizar la estabilidad de los mismos.
- Controlar periódicamente el vencimiento de los medicamentos y productos sanitarios (agua oxigenada, alcohol, etc.) disponiendo de un registro de la actividad realizada.
- Establecer el plazo de validez de los medicamentos multidosis una vez abiertos (ej.: pomadas, jarabes, gotas oftálmicas, etc.).
- Garantizar el uso individual de medicamentos multidosis, en aquellos en los que sea necesario (colirios, lapiceras de insulina, jarabes), quedando identificado correctamente a qué residente pertenece.
- Almacenar de forma individual la medicación de los residentes (casilleros, pastilleros personalizados, etc.) (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

Recomendaciones relacionadas con los procesos de Preparación y Administración de Medicamentos

- Mantener un **modelo único de hoja de tratamiento** por cada residente donde consten los datos:
 1. Identificación del residente
 2. Medicación prescrita
 3. Dosificación
 4. Forma farmacéutica
 5. Vía de administración
 6. Frecuencia y duración del tratamiento
 7. Alergias
 8. Fecha y hora.
 9. Firma y aclaración de la persona responsable de administrar la medicación
- ✓ Anotar en la hoja de tratamiento de cada residente si algún medicamento debe conservarse, prepararse o administrarse bajo alguna condición determinada (medicamento refrigerado, no tomar junto a, tomar simultáneamente con, antes de las comidas, interacciona con, etc.).
- ✓ Evitar el uso de abreviaturas, símbolos o expresiones de dosis no estandarizadas.
- ✓ Comparar la medicación del paciente al ingreso en la RLE, luego del alta hospitalaria con el objetivo de detectar errores de medicación.
- ✓ Revisar la hoja de tratamiento de cada residente durante el proceso de preparación de la medicación. La preparación debe realizarse en un espacio tranquilo y en caso de duda, consultar con el médico prescriptor.

- ✓ Comprobar que los datos del paciente, el nombre de medicamento, dosis, vía de administración, forma farmacéutica, frecuencia y duración del tratamiento son correctos antes de su administración.
- ✓ Los dispositivos (pastilleros, etc.) utilizados para facilitar la administración deben identificarse con al menos dos identificadores válidos del residente (nombre y apellido y número de expediente o historia clínica).
- ✓ Evitar triturar las formas farmacéuticas sólidas orales (comprimidos) para evitar el riesgo de aparición de pérdida de eficacia del fármaco, variación de la dosis, reacciones adversas y efectos tóxicos. Partir o triturar pastillas puede provocar variaciones significativas en la dosis administrada y puede afectar las características de liberación y absorción del principio activo del fármaco.
- Registrar la administración de la medicación administrada a cada residente en el modelo único de hoja de tratamiento. Asimismo, deberá registrarse cualquier problema ocurrido durante la administración.
- Realizar un especial seguimiento en aquellos residentes que tomen por primera vez un medicamento, con la finalidad de controlar la aparición de señales de alerta.
- Prevenir errores relacionados con etiquetado incompleto y/o ilegible de medicamentos (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

10. BIBLIOGRAFIA

- OMS. (1999). *Directrices sobre el donativo de medicamentos*. Obtenido de www.libdoc.who.int
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (Setiembre de 2015). *Recomendaciones de la Agencia de Calidad de Andalucía*. Obtenido de Nro. 26 Uso seguro de la medicación en residencias de mayores: www.sspa.juntadeandalucia.es
- ANMAT. (1992). *Decreto 150/92*. Obtenido de www.anmat.gov.ar
- ANMAT. (16 de 6 de 2005). *Disposición ANMAT N° 3475/2005* . Recuperado el noviembre de 2021, de www.anmat.gov.ar
- ANMAT. (31 de 5 de 2007). *Resolución Ministerio Salud N° 627/2007 (con la modificación de la Res. MS N° 1061/2007)*. Recuperado el 2021, de www.anmat.gov.ar
- Cepal, N. (2020). "Perspectivas de la población mundial 2019: metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población". *Serie Población y Desarrollo, N° 132 (LC/TS.2020/95)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020. . Cepal.
- CLINIC, P. (s.f.). *Cuidando al cuidador*. Barcelona, España.
- Colegio de Farmaceuticos de Santa Fe 1° Circ. & Ministerio de Desarrollo Social. (Julio de 2021). *Guia Buenas Practicas de Almacenamiento de Medicamentos*. Santa Fe, Argentina: Imprenta Provincia de Santa Fe.
- Constitucion de la Nacion Argentina. (1994). Santa Fe: Boletin Oficial Nro. 27.959.
- Constitucion Provincial de Santa Fe. (14 de Abril de 1962). *CONSTITUCION DE LA PROVINCIA DE SANTA FE*. Recuperado el 2021, de www.saij.gob.ar

- Cortijo Sanchez y Castillo Saavedra. (2011). *Implementación de las Buenas Prácticas de almacenamiento en el almacén especializado en medicamentos del Hospital Belén de Trujillo, 2011*. Recuperado el julio de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es>
- Davobe, M. I. (2014). Residencias Gerontológicas. Sistema Normativo. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales*; 5; 2; 12. Universidad Nacional de Córdoba, 173-214.
- EARCAS. (2011). *Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios*. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA.
- Edesa. (s.f.). *Almacenamiento de medicamentos y productos médicos*. Recuperado el setiembre de 2021, de www.esa.edu.co/blog/2015/10/21/almacenamiento-de-medicamentos-y-dispositivos-medicos.
- Escamez Bernal, S. (2010). *Investigación Acción*. Recuperado el 28 de octubre de 2021, de Métodos de investigación en Educación Especial 3a Edición Especial Curso. 2010-2011 : https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/97/o/IA._Madrid.pdf
- Farmamundi. (Febrero de 2019). *Donaciones y Microdonaciones apropiadas de medicamentos*. Recuperado el noviembre de 25 de 2021, de www.farmamundi.org
- Fundación CLINIC. (1989). *Los medicamentos y las personas mayores*. Recuperado el 14 de noviembre de 2021, de www.clinicbarcelona.org
- Fundación HOSPITAL ST. JAUME I STA. MAGDALENA. (s.f.). *Guía de Atención al Cuidador*. Andalucía, España: Laboratorios HARTMANN, S.A.
- Geriatricarea. (Febrero de 2016). *Medicación: los riesgos de triturar y partir las pastillas*. Recuperado el octubre de 2021, de www.geriatricarea.com
- Gobierno de Desarrollo Social. (17 de Setiembre de 1977). *Decreto Provincial 1534/1977*. Obtenido de Aprueba el reglamento general para los hogares oficiales para adultos mayores: www.santafe.gov.ar

Gobierno, Justicia y Derechos Humanos de la Provincia de Santa Fe. (13 de Noviembre de 1972).

Decreto Provincial Decreto N° 2542/72/1972. Recuperado el 2021, de Reglamento Basico para Hospitales: www.santafe.gob.ar

Goodman & Gilman. (2018). *Las Bases Farmacologicas de la Terapeutica" Decimo Tercera Edicion.* McGraw Hill.

Hernandez Carrera, R. (agosto de 2014). La investigacion cualitativa a traves de las entrevistas: su analisis mediante la teoria fundamentada. *Cuestiones Pedagogicas*, 187-210.

Hernandez Sampieri, R. (2014). Metodologia de la Investigacion. En R. Sampieri Hernandez, *Metodologia de la Investigacion* (pág. 41). Mexico: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Herrera Diaz, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación. *Orientación intelectual de revista Universum, en Revista General de Información y Documentación*, 119-142.

IPEC Gobierno de Santa Fe. (setiembre de 2012). *Analisis Estadistico del Proceso de Envejecimiento Regional en la Provincia de Santa Fe Periodo 1999-2010.* Santa Fe, Argentina.

Labarca Delgado, M.R.; Perez Martinto, C.E. (2019). Necesidad de capacitación al cuidador del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina Vol. 58 Nro. 3.*

Laiton K. J., G. M. (2016). Diseño de un programa de capacitacion para cuidadores de adulto mayo en instituciones publicas y privadas en Bucaramanga y su area metropolitana. Bucaramanga, Colombia.

Lares. (2018). *Asociacion de Residencias y Servicios de Atencion a los Mayores del Sector Solidario.* Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <https://www.larescvalenciana.org>

Latorre, A. (2005). Investigacion accion. En *Conocer y cambiar la practica educativa.* Barcelona: Grao, delRIF,S.L.

- Martin de Rosales Cabrera, A. (2014). Recomendaciones para la preparación de medicamentos estériles en las unidades de enfermería. *Farmacia Hospitalaria* 38 (1), 57-64.
- Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Santa Fe. (7 de Julio de 1980). Recuperado el 2021, de www.santafe.gob.ar
- Ministerio de Salud de Chile. (Noviembre de 2019). *Yo me cuido y te cuido: manual para el cuidador de personas*. Recuperado el Agosto de 2021, de www.senama.gob.cl
- Observatorio de Salud de las Mujeres, O. (2009). *Los Hombres y el Cuidado de la Salud*. eSeCe.
- OMS. (2017). *Guía para identificar y documentar mejores prácticas en los programas de planificación familiar*. Recuperado el 7 de 11 de 2022, de www.who.int
- Otzen T., M. C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1):227-232.
- PAMI. (abril de 2021). *Residencias cuidadas. Guía de recomendaciones para los equipos de trabajo de las residencias*. Recuperado el 17 de agosto de 2021., de www.pami.org.ar
- Revueta Gomez Martingo, M. (abril de 2016). CUIDADO FORMAL E INFORMAL DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES. Madrid, España.
- Romero Viamonte, K. (2018). El conocimiento de la Farmacología en el profesional de enfermería. *Enferm Investiga*, 95-104.
- Roque, M., & Fassio, A. (2015). *Residencias de Larga Estadia en Argentina para Adultos Mayores*. Ciudad Autonoma de Buenos Aires.
- Sandra L. Gracia Vásquez, I. A. (2007). Formas Farmaceuticas y su Administracion. Cuales deben partirse y cuales no? *Revista de Salud Publica y Nutricion. RESPYN. Abril-Junio. Vol. 7 No. 2*, 1-15.
- SEGG. (2016). *Guía de Buena Practica en Geriatria: fargilidad y nutricion en el anciano*. Madrid, España: IMC.

Silva, L. (2006). La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones Nro. 105*, 1-36.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia. (19 de diciembre de 2016). Guia de la buena practica en geriatria. Madrid, España: IMC.

Zolotow, D. (2001). *Hogares de Ancianos en Argentina: datos estadísticos*. Recuperado el 10 de marzo de 2021, de <https://gerontologia.org>