



3

Humanización en el paciente anciano

Guadalupe Piñeiro Corrales
Elena Yaiza Romero Ventosa
José Luis Poveda Andrés
Marisol Samartín Ucha



Guadalupe Piñeiro Corrales

Jeña de Servicio de Farmacia, Área de Xestión Integrada, Vigo (Pontevedra).

Elena Yaiza Romero Ventosa

Farmacéutica Especialista de Área de Xestión Integrada, Vigo (Pontevedra).

José Luis Poveda Andrés

Jeñe de Servicio de Farmacia, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Marisol Samartín Ucha

Farmacéutica Especialista de Área de Xestión Integrada, Vigo (Pontevedra).

Índice

1. Introducción
2. Legislación. Marco conceptual
3. Humanización y atención farmacéutica en el paciente anciano
4. Discusión
5. Bibliografía

1. Introducción

Los foros profesionales definen la humanización de la asistencia sanitaria como el acto de rodearla de un entorno de valores propiamente humanos, yendo más allá de la ciencia e incrementando la sensibilidad de los profesionales sanitarios hacia lo que necesitan los pacientes y sus familiares. La humanización en este ámbito considera al paciente como un ser integral, y proporciona asistencia más allá de los cuidados médicos, abarcando áreas como la social, la emocional, la espiritual y la relacional¹. La humanización hospitalaria no es un concepto nuevo, ya que se encuentra presente en diversas publicaciones de los años 1960 y 1970^{2,3}. Se trata, sin duda, de un cambio en la actividad actual de los distintos profesionales sanitarios. La evolución tecnológica y la superespecialización de los profesionales, así como la segmentación del sistema sanitario en niveles asistenciales, han influido en esta deshumanización. Los profesionales sanitarios deben volver al trato individualizado con los pacientes y al contacto con los mismos, para volver así a recuperar su confianza. Un trato irrespetuoso violaría los derechos de los pacientes, y evitar que los fa-

miliares o los propios pacientes participen en la toma de decisiones con el médico también influye en la deshumanización.

Los conceptos de *calidad y satisfacción* están estrictamente relacionados con el concepto de humanización de la asistencia sanitaria. En ocasiones, este concepto se centra en la satisfacción del paciente, pero medirla es difícil, y además puede estar influenciado por las condiciones clínicas del propio paciente. Algunos estudios sugieren que la percepción general de atención de los pacientes podría estar asociada con la actitud humanista y las competencias técnicas de los profesionales, el tiempo de espera percibido, el tiempo total y la cantidad de información proporcionada. Sin embargo, hay otros factores asociados con la satisfacción de los pacientes que son difíciles de evaluar, como la privacidad, la limpieza, la seguridad y los bajos niveles de ruido en las habitaciones.

En este contexto existen numerosas *iniciativas* que se están desarrollando en nuestro país y que están ayudando a mejorar la cali-

dad de vida de los pacientes⁴. Dentro de las relacionadas con el paciente anciano destacamos⁴: vivir como en casa (tres centros gerontológicos de Guipúzcoa que ponen a prueba el modelo de atención centrado en la persona); terapia de la sonrisa (prevaler la persona por encima de la enfermedad); arte-terapia en el final de la vida (estimular la creatividad artística de pacientes con enfermedades en fase avanzada y terminal). Entre las actuaciones que también conlleva la humanización del entorno sanitario se encuentran la personalización y la identificación de los profesionales que trabajan en los centros sanitarios. Los pacientes pueden conocer el nombre y el cargo del profesional que les está atendiendo, y así mejorar la cercanía y la empatía del ambiente sanitario. Se ha llevado a cabo en el Área de Salud II-Cartagena y en la Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo.

La *humanización de la asistencia sanitaria* es una de las prioridades actuales de todos los sistemas de salud, y los farmacéuticos hospitalarios se implican y apoyan estas prioridades mediante la humanización de su atención farmacéutica. La relación de los farmacéuticos hospitalarios con los pacientes siempre ha existido, y su implicación con la humanización es clave y está siendo impulsada particularmente en las siguientes iniciativas:

- La importancia de la humanización de la terapia mejora el cumplimiento terapéutico, y las nuevas tecnologías favorecen un paciente activo, incluso si es anciano.
- La presencia de un farmacéutico que explique el tratamiento y resuelva las dudas que puedan surgir hace que los pacientes o sus familiares se sientan cercanos al hospital.
- De los farmacéuticos, por su superespecialización en los últimos años, podría pensarse que tanto tecnicismo los aleja de los pacientes y de la humanización; sin embargo, profundizar en determinados conocimientos ha mejorado la integración en equipos y las relaciones directas con los pacientes y sus cuidadores.
- La participación en equipos multidisciplinares ha llevado a más compromiso en la atención directa al paciente. No debemos ocuparnos solo de los aspectos más relacionados con el medicamento y su gestión, sino también encaminar nuestro día a día a los pacientes.
- Implicación en los planes de atención a la cronicidad, ya que el paciente crónico está altamente medicado y necesita programas de racionalización de medicamentos, en los que los farmacéuticos tienen mucho que aportar. En concreto, para el paciente anciano, es clave la figura del farmacéutico en la transición asistencial entre el centro sociosanitario (CSS) y el hospital de referencia, y viceversa. Hay que destacar el papel de los farmacéuticos hospitalarios y su potencial para atender a los CSS de más de 100 camas, tal como exige el Real Decreto 16/2012.
- La implicación y su superespecialización en la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.
- Debe asegurarse que los pacientes, los cuidadores y los profesionales que asisten a los pacientes tienen información suficiente acerca del objetivo del tratamiento y de la forma adecuada de administración.

- Los farmacéuticos también están implicados en la sostenibilidad económica a través de los programas de uso racional y selección de medicamentos, y su labor de organización de acciones encaminadas al uso seguro de los medicamentos y la prevención de errores de medicación, que son tan importantes en todos los niveles asistenciales.
tante para el sistema sanitario porque participa de manera transversal en prácticamente todos los procesos de cualquier centro sanitario, pues en todos ellos están presentes los medicamentos. Además, como valor añadido se encuentra su colaboración continua con el equipo multidisciplinario y su participación en los diferentes órganos de gestión de la farmacoterapia.

De hecho, el farmacéutico de hospital es un profesional clave y estratégico, muy impor-

2. Legislación. Marco conceptual

El concepto de humanización viene desarrollándose en muchos ámbitos, y ya desde 1985 en el INSALUD se llevaron a cabo reflexiones en torno a este tema con ocasión del “*Plan de humanización*”. Este plan fue desarrollado en las *Jornadas de humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD* y las sesiones de trabajo sobre el mismo⁵.

No existe una *legislación específica* sobre humanización en el entorno sanitario. Algunas guías generales de humanización elaboradas por los sistemas de salud son el *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019* y el *Plan Dignifica del Gobierno de Castilla-La Mancha*. En los pacientes ancianos todavía existen menos guías específicas, siendo una de ellas *El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias*⁵.

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, no hace ninguna referencia a la humanización en sí. La Ley 5/1999, de 21 mayo, de ordenación farmacéutica, recoge las funciones del farmacéutico, pero no especifica que dichas funciones deban ser lle-

vadas a cabo de tal forma que el paciente se encuentre en un entorno humanizado.

Existe una mayor regulación en el caso del uso de las *sujeciones físicas y químicas* (farmacológicas) en el paciente anciano y psiquiátrico. La sujeción física sería cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede liberarse con facilidad. La sujeción química implica el uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo. De las 17 leyes autonómicas de servicios sociales, solo siete contemplan expresamente las sujeciones físicas y las contenciones farmacológicas⁶:

- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales, de Navarra. Artículo 8.1. Apartado k.
- Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales, de Cantabria. Artículo 6.1. Apartado s.

- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales, de Cataluña. Artículo 12.1. Apartado p.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales, del País Vasco. Artículo 91. Apartado e.
- Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. Artículo 9.1. Apartado n.
- Ley 5/2009, de 30 de junio, de servicios sociales de Aragón. Artículo 7.1. Apartado o.
- Ley 7/2009, de 14 de diciembre, de La Rioja. Artículo 85. Apartado b.

Existe normativa y literatura científica sobre las sujeciones mecánicas. Sin embargo, la legislación y la literatura sobre las contenciones farmacológicas son reducidas⁶. Durante el proceso de validación de tratamientos, y siguiendo la legislación vigente, se determinará si se trata de un uso autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o de un uso fuera de indicación (*off-label*). En supuestos excepcionales, deberá existir un protocolo para el uso de fármacos como medida de contención farmacológica. La prescripción de psicofármacos por personal de un hospital o de una residencia que no sea médico, o su administración sin previa prescripción médica, implica incurrir en un delito de intrusismo profesional⁶.

El sometimiento de un anciano con *demencia* a contenciones farmacológicas incide en sus derechos fundamentales a la integridad física, la libertad física y su dignidad personal⁶. En el caso de los ancianos con demencia ingresados en CSS, su uso puede ser para evitar

accidentes o para contener a personas agitadas o con conductas agresivas que puedan suponer un peligro para sí mismas, para terceros o para el entorno. Por el contrario, no está justificado el empleo de la contención farmacológica por el hecho de que el CSS carezca de personal suficiente para las labores de atención y cuidado de los ancianos, ya que las leyes de servicios sociales reconocen el derecho del interno a una asistencia personalizada⁶. La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología entiende que debe considerarse como restricción química el uso de psicofármacos que, actuando sobre el sistema nervioso central, reducen la movilidad de la persona, quedando inhibidas sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado, sino que se utilizan por conveniencias organizativas y no en beneficio de la persona. Es decir, la prescripción y la administración de psicofármacos a una persona anciana por razones de conveniencia de terceros y sin que procure ningún beneficio para el paciente es totalmente contrario a la ética y a la deontología médica y farmacéutica.

En cuanto al *consentimiento informado* (CI), el artículo 8.2 de la Ley 41/2002 estableció que puede ser verbal o escrito. El consentimiento será verbal por regla general, pero cuando la aplicación de procedimientos pueda suponer riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, deberá otorgarse por escrito. Normalmente, la prescripción y la administración de fármacos por razones clínicas en procesos agudos no necesita CI documentado. Por el contrario, cuando el fármaco suponga riesgos asociados es necesario el CI para su administración⁶. Cada uno de los actos médicos

exige un CI. Este requisito legal hace totalmente inviable un consentimiento informado general. En muchos CSS es práctica habitual entregar al inicio de la estancia un documento en el que se solicita el consentimiento genérico a la familia o al residente para aplicar contenciones farmacológicas y sujeciones físicas. Pues bien, el artículo mencionado establece un límite a este modo de actuar, límite congruente con el derecho a la información

y a la capacidad de decisión respecto a las intervenciones relacionadas con el uso de psicofármacos. La situación se vuelve también controvertida cuando el paciente o el familiar no otorgan el consentimiento (posibilidad de autorización judicial), y cuando existen discrepancias entre familiares respecto a la medicación (dosis, etc.) que debe suministrarse al anciano.

3. Humanización y atención farmacéutica en el paciente anciano

Según el Instituto Nacional de Estadística, la esperanza de vida en España supera los 80 años, con un incremento esperado de 2 años para el 2020 en Europa. El desarrollo económico y los avances en medicina están cambiando la expectativa de enfermedades crónicas, creando un nuevo patrón epidemiológico caracterizado por el envejecimiento y la cronicidad, que generan una demanda sanitaria creciente. La Unión Europea está desarrollando una línea estratégica de investigación prioritaria sobre *Envejecimiento activo y saludable*, con la que se pretende abordar problemas tan importantes como la polifarmacia y la pluripatología⁷. La *cronicidad* es otra línea fundamental de investigación que se refleja en la inversión en proyectos del HORIZONTE 2020, orientados a la optimización de los planes de cuidado y de la farmacoterapia⁸. El abordaje de la polifarmacia en los pacientes crónicos es uno de los principales retos, ya que diferentes estudios reflejan que pueden presentarse acontecimientos adversos relacionados con los medicamentos y que éstos son evitables, y si no se actúa pueden derivar en ingresos o prolongación de la es-

tancia hospitalaria⁹. En diversas comunidades autónomas se han establecido estrategias para optimizar y simplificar la farmacoterapia, ya que se ha comprobado que este tipo de pacientes son los más vulnerables para seguir los planes médicos establecidos y para sufrir problemas relacionados con los medicamentos (PRM), sobre todo en las transiciones asistenciales¹⁰.

El *maltrato* a las personas mayores no es reconocido como un problema social, como ocurre con otros colectivos, como pueden ser la violencia de género y los malos tratos a menores. Esto se debe a su escasa visibilidad, a la nula transcendencia del colectivo de los ancianos y a la escasa sensibilidad social ante este grave problema que se irá incrementando a la vez que lo hace el número de personas muy dependientes, debido a la relación existente entre dependencia, vulnerabilidad, sobrecarga y malos tratos. Es evidente que falta legislación específica que defienda los derechos de las personas mayores víctimas de la violencia, recursos adecuados para poder atender a los ancianos víctimas del mal-

trato, y una mayor formación y sensibilización de los profesionales que trabajan con personas mayores como una herramienta fundamental en la prevención y la detección de situaciones de violencia. El grupo más expuesto a sufrir malos tratos en instituciones geriátricas suelen ser los grandes dependientes, por los siguientes motivos:

- A mayor dependencia, mayor vulnerabilidad y necesidad de cuidados.
- Los cuidadores son quienes deciden cómo y cuándo atender las necesidades básicas de estos pacientes, lo que propicia que se den situaciones de coacción, chantaje o negligencia, al anteponer la comodidad de los cuidadores a las necesidades de estas personas.
- A veces, las propias normas de la institución propician que se agraven las situaciones de dependencia, debido a no motivarlos de forma adecuada, horarios rígidos que generan pasividad en el residente, realizar el cuidador tareas que el residente podría hacer por sí mismo para ganar tiempo, o provocar un incremento de incontinentes al no disponer del tiempo ni del personal adecuado, lo que propicia el uso abusivo de pañales en muchos centros.
- Los grandes dependientes, muchas veces no pueden comunicarse verbalmente con sus cuidadores, y la imposibilidad de poder comunicar a otros las agresiones o tratos vejatorios que pueden sufrir les hace víctimas propicias para padecer todo tipo de malos tratos.

Es necesario destacar que los *malos tratos* a las personas mayores son una de las mejoras

más importantes que deben realizarse para humanizar cualquier ámbito sanitario. La humanización del sistema sanitario es un concepto muy amplio, que implica el cambio en múltiples niveles y servicios del sistema sanitario. La Comunidad de Madrid, en su *plan de humanización de la asistencia sanitaria*¹¹, recoge varios campos a mejorar: información personalizada y acompañamiento; humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, la infancia y la adolescencia; humanización en la atención de urgencias; humanización en la hospitalización; humanización en las unidades de cuidados intensivos; humanización en la atención de la salud mental; humanización en el paciente oncológico; y humanización ante el final de la vida.

Independientemente de que los ancianos sean uno de los mayores colectivos que hacen uso de los recursos sanitarios, apenas existen trabajos sobre humanización para este colectivo de pacientes. Los proyectos de humanización pretenden ofrecer a los pacientes y sus familiares un ambiente de acogida, confort, calidez y protección, que facilite la atención sanitaria, la continuidad educativa, el juego y el entretenimiento, y las relaciones personales. Además, los ancianos no suelen acudir solos al médico, sino que normalmente van acompañados por familiares que participan en la toma de decisiones de los procesos clínicos. Se pretende, también, fomentar la colaboración de los familiares en los cuidados de los pacientes, así como un mayor acercamiento y empatía con los profesionales.

3.1. Ancianos en los servicios de urgencias

En los servicios de urgencias, el paciente anciano debería recibir una valoración geriátri-

ca integral. Se trata de una evaluación llevada a cabo por un equipo multidisciplinario que tiene la finalidad de identificar todos los problemas y establecer un plan de cuidados para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente geriátrico¹².

Algunas de las medidas aplicables en los servicios de urgencias encaminadas a la humanización pueden ser: informar personalmente a los pacientes y familiares; permitir que el paciente no esté solo; atender a los pacientes de forma confidencial; instalaciones cómodas; y disponibilidad de tiempo y de recursos para que los profesionales puedan desarrollar su actividad asistencial de manera correcta. Sin embargo, no existen medidas de humanización en urgencias centradas en este colectivo de pacientes. alguna de estas aptitudes humanizantes podrían ser el establecimiento de un orden prioritario o un tiempo de espera preestablecido por colectivo, o que les atendiera un equipo multidisciplinario que incluyera un geriatra independientemente del motivo de la visita a urgencias.

La presencia de un farmacéutico en el servicio de urgencias garantizaría a los ancianos los siguientes beneficios:

- Detección de prescripciones inapropiadas y de PRM.
- Validación de la medicación y conciliación de la medicación domiciliaria.
- Elaboración de protocolos diseñados para el paciente anciano (benzodiazepinas, antidepresivos, etc.).
- Farmacovigilancia, ya que habitualmente el perfil del paciente anciano es la pluriterapia.

- Con el farmacéutico coordinado con el equipo asistencial se obtendrían beneficios en la continuidad de los cuidados cuando los ancianos son dados de alta desde un servicio de urgencias¹³.

3.2. Ancianos en las unidades de cuidados intensivos

Los primeros servicios clínicos que pusieron en marcha la humanización fueron las unidades de cuidados intensivos (UCI). La humanización de las UCI comienza en febrero de 2014 con el nacimiento del Proyecto HU-CI¹⁴, que buscaba cambiar el concepto de atención centrada en las personas, en las familias y en los profesionales. En un estudio multicéntrico y descriptivo¹⁵ se estudió el diseño y el confort de las UCI a través de un cuestionario realizado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Sus principales conclusiones fueron que la política de visitas de las UCI es restrictiva y que no se permiten medios de comunicación tecnológicos. Asimismo, la presencia de los familiares de los pacientes en la UCI es escasa. Aunque los estudios realizados en las UCI no se centran en el paciente anciano, sino en el paciente de UCI en sí, todos los pacientes ingresados en esta unidad se enfrentan a una enfermedad grave que les ocasiona un gran estrés físico y psicológico. De las múltiples fuentes de malestar, unas están causadas por la propia enfermedad y otras se relacionan con la organización y el diseño arquitectónico. En un estudio reciente, el menor nivel de satisfacción de los pacientes está relacionado con la falta de intimidad y el exceso de luz y ruido¹⁶. La gravedad de los pacientes hace priorizar a los profesionales la atención puramente médica, lo cual, unido a la dificultad para comunicarse con el paciente crítico, la

organización de las unidades y el tiempo empleado en reflejar todos los datos en la historia electrónica, dificultan la relación médico-paciente.

En muchas de las UCI españolas se desarrolla profesionalmente el perfil del farmacéutico hospitalario especialista en críticos, de cuya actuación en actividades de atención farmacéutica se derivan beneficios clínicos, humanitarios y económicos.

3.3. Hospitalización del anciano

El ingreso hospitalario de pacientes ancianos puede tener muchas complicaciones, que se deben a la enfermedad que motiva el ingreso o a los riesgos de la propia hospitalización. Además, son pacientes con una capacidad funcional orgánica disminuida, lo que lleva a precipitar la cascada de la dependencia¹⁵. Un 60% de los ancianos desconoce o no entiende la medicación prescrita al recibir el alta hospitalaria, como así lo demuestra un estudio realizado en Cataluña¹⁷ y presentado en el XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. El plan de humanización de la asistencia sanitaria de la comunidad de Madrid¹¹, que podemos hacer extensivo a los pacientes ancianos, incluye los siguientes aspectos: mejora de la accesibilidad en hospitalización; humanización en la atención a familiares y acompañantes; acompañamiento/revisión de espacios de pacientes ingresados a quienes se van a realizar pruebas; mejora de la calidad del descanso de los pacientes hospitalizados; humanización de los espacios sanitarios; información a los pacientes, familiares y acompañantes durante el ingreso; mejora en la preservación de la intimidad de los pacientes hospitaliza-

dos; mejora de los menús de los pacientes y de los acompañantes de pacientes especiales; minimización del sufrimiento en la asistencia sanitaria de los pacientes ingresados; y entretenimiento y cortesía.

La presencia de un farmacéutico especialista en cualquier unidad de hospitalización puede contribuir en la humanización de la asistencia. Un farmacéutico hospitalario debe hacerse visible como parte del equipo multidisciplinario que atiende al paciente, y los pacientes y familiares deben conocer la presencia del mismo como parte del equipo y como profesional responsable de su tratamiento. Tiene que estar disponible para atender a profesionales y a pacientes, sin olvidar que los pacientes son el centro del sistema y no los medicamentos.

3.4. Humanización en la asistencia sociosanitaria

Existen muchas líneas de trabajo en humanización, pero todas las iniciativas se olvidan de la humanización en el ámbito sociosanitario. Tradicionalmente, siempre han existido dos niveles asistenciales, atención primaria y atención especializada, pero *la atención sociosanitaria* tiene unas características tan singulares que hoy en día se considera un tercer nivel asistencial. El ámbito sociosanitario tiene que crecer, y tiene que hacerlo garantizando una continuidad asistencial (CA) y una humanización en su asistencia. Según el estudio EARCAS¹⁸, en España se dispone de 5.091 residencias, 1.019 de ellas de carácter público y 4.072 privadas. Según el informe *El valor de la farmacia hospitalaria*¹⁹, el número de plazas sociosanitarias en España es de 359.035. Se trata, por tanto, de un colectivo importante para plantear y desarrollar la humanización

en dicho ámbito. Un 7% de la población mayor de 65 años y un 9% de los mayores de 75 años están institucionalizados²⁰.

Cuando un paciente se traslada de un nivel asistencial a otro, es muy probable que se produzcan errores, malentendidos o falta de comunicación. Uno de estos momentos es cuando un paciente es trasladado del CSS al hospital, y aquí la atención farmacéutica es clave. Se estima que se producen unas 30 transferencias al hospital por cada 100 camas de sociosanitarios/año²¹. Una de las características de los pacientes de sociosanitarios cuando ingresan en un hospital es que vienen solos, son incapaces de proporcionar su historia clínica y el motivo de derivación es, en muchas ocasiones, inespecífico. Además, muchos estudios coinciden en que existen deficiencias en la documentación que les acompaña, y si a esto le sumamos que se desconocen los deseos del paciente, la derivación de ancianos se transforma en un escenario de gran dificultad para la toma de decisiones. Los autores coinciden en cuál es la *información básica* que debe acompañar la derivación de un paciente: el motivo de derivación, la función cognitiva de base, los medicamentos actuales, los antecedentes médicos y la presencia de alergias²¹.

Los sistemas sanitarios han estado tradicionalmente enfocados a atender patologías agudas y urgentes. Sin embargo, la cronicidad y el auge de los CSS requiere un abordaje diferente. Según algunos autores²², existen una serie de cambios culturales para la articulación del nuevo modelo de atención sociosanitaria. El modelo sanitario actual es curar y está centrado en la enfermedad; su diagnóstico y tratamiento son jerarquizados y fragmentados. Se basa en la superespecialización y no tiene en cuenta la discapacidad. El nuevo

enfoque sociosanitario (Figura1) también se basa en cuidar, pero incluyendo además una atención multidisciplinaria que promueve la CA basada en la valoración integral que tiene en cuenta la discapacidad y la dependencia²².

El perfil del concepto de *trabajo social* en el ámbito sociosanitario se adapta a la humanización de los procesos asistenciales²³. La incorporación de los trabajadores sociales a los equipos multidisciplinarios se hace indispensable porque muchos estados de salud se derivan de situaciones sociales complejas¹³, pudiendo actuar de puentes entre la familia y el sistema sanitario. La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias no reconoce a los trabajadores sociales como sanitarios, cuando aproximadamente el 10% trabaja en el ámbito de la salud y este porcentaje se eleva si incluimos los CSS²³.

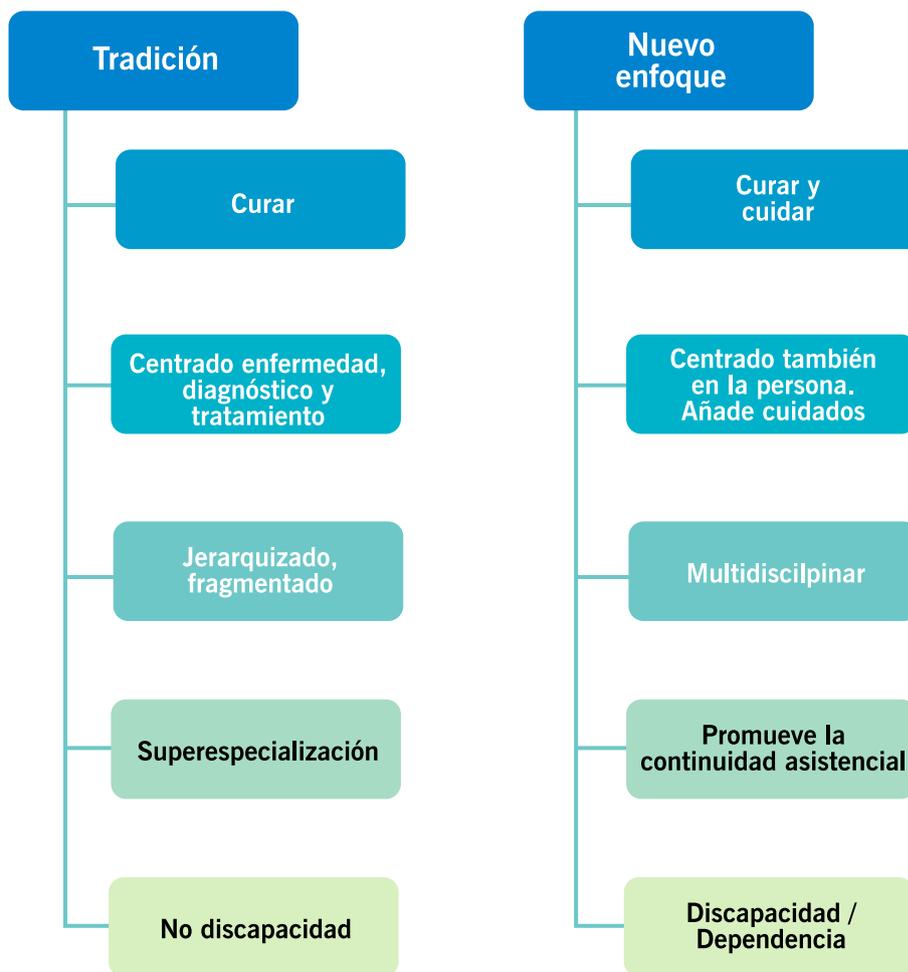
Algunas de las causas de deshumanización de la atención sociosanitaria son²³ la tecnificación de los procedimientos, la burocracia y los criterios economicistas de la sanidad. La Comunidad de Madrid, en su *Plan estratégico de humanización*¹¹, incluye indicadores de humanización e incluso la primera escuela de salud. Sin embargo, a pesar de considerar diversas líneas estratégicas, no hace referencia específica a la atención sociosanitaria. En diversas comunidades autónomas se han desarrollado algunos acuerdos de colaboración entre centros de salud y CSS. De esta forma, se evitan continuos desplazamientos innecesarios al hospital, pudiéndose impartir una atención especializada directamente en dichos centros.

En cuanto a la *humanización de la atención farmacéutica en los CSS*, el farmacéutico debe asegurar que se incluya la historia farmacoterapéutica completa del paciente y



Figura 1.

Cambio de Modelo en Centros Sociosanitarios



proporcionar al hospital toda la información actualizada del paciente que se deriva. La misma función, pero en sentido inverso, es la conciliación entre niveles cuando el paciente vuelve del hospital o de una consulta con un especialista. En el Servicio Gallego de Salud, la atención farmacéutica de los ancianos residentes en un CSS es llevada a cabo por un farmacéutico adscrito al servicio de farmacia del hospital de referencia, por lo que la atención farmacéutica proporcionada en el CSS no difiere, en cuanto a su actividad, de la realizada en el paciente hospitalizado. Este farmacéutico tiene acceso a todo el historial clínico y sirve de ayuda al proceso de transición asistencial. La presencia del farmacéutico, aparte de informar sobre la medicación a los propios residentes o a sus familiares, permite al CSS tener en *stock* medicamentos de uso hospitalario. Permitir la utilización de estos medicamentos en los CSS evita traslados innecesarios a urgencias e ingresos hospitalarios, ya que estos fármacos pueden ser dispensados por los farmacéuticos integrados en dichos centros.

Existe un dilema en cuanto al *uso de sujeciones*, ya que este debería restringirse a razones de seguridad para los enfermos. La Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)²⁴ indica que la mentalidad y la actitud son factores clave para que las sujeciones se usen de forma adecuada, ya que el uso de sujeciones físicas en España es del 39,6%, muy superior al de otros países de nuestro entorno, como Dinamarca, donde es de solo el 2,2%. No todos los ancianos tienen el mismo riesgo de tener sujeciones. Los factores de riesgo que predisponen a ello son el deterioro funcional y la alteración de las funciones cognitivas. También predispone el tener un cuidador con alteraciones psicológicas, o un ambiente familiar perturbado.

El mal uso de las sujeciones físicas en los ancianos puede tener efectos nocivos, como físicos/psicológicos, úlceras por presión, infecciones, incontinencias, disminución del apetito, estreñimiento, pérdida del tono muscular, atrofia y debilidad. Los más implicados en este tema plantean si el uso de sujeciones físicas se consideraría maltrato o negligencia. Se distinguen cinco categorías de maltrato a ancianos: físico, psicológico, económico, social, afectivo, y en libertad y derechos básicos. La negligencia tiene más relación con el incumplimiento de las funciones propias del cuidador para proporcionar los servicios necesarios. Recientemente, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología publicó un artículo titulado *La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a personas mayores*²⁵. Los resultados de su estudio mostraron que, en muchas ocasiones, el motivo de la restricción era el riesgo de accidente en el anciano por no disponer de suficiente personal. En el 84,4% de los centros no existía ningún protocolo que sirviera de guía para este tipo de intervenciones, y en el 67,4% no se tenía ningún tipo de registro. Además, en el 63,9% de los casos no se disponía de la firma de conformidad del paciente o de su tutor. Es necesario desarrollar manuales y guías monográficas en el ámbito sociosanitario que sirvan de modelo y regulen el uso de sujeciones en los ancianos, para que se haga un uso adecuado de ellas.

El papel del farmacéutico en el uso de sujeciones es complicado, pues aunque se trate de sujeciones farmacológicas, suelen llevarse a cabo sin su presencia o cuando él no se encuentra en el centro. Para que las sujeciones farmacológicas se lleven a cabo de la forma más adecuada y humanizada posible, el farmacéutico debe promover y participar en el

desarrollo de dichas guías. Su papel es clave en la selección de los fármacos más adecuados para este fin, y en su uso seguro y eficiente.

El *patrón de consumo de fármacos* es distinto según el lugar de residencia del anciano. Las personas institucionalizadas consumen un elevado número de medicamentos (el 50% toma cuatro o más). Además, la utilización de psicotrópicos es mayor²⁶. En los Estados Unidos, el 74% de los ancianos institucionalizados toman medicamentos activos sobre el sistema nervioso central, y el 43% toman antipsicóticos²⁶. El gasto farmacéutico generado por la población institucionalizada es tres veces superior al de la población de su misma edad que vive en la comunidad. En los CSS, los medicamentos del sistema nervioso suponen el 25% del total de las prescripciones²⁶. Tales datos demuestran que los ancianos institucionalizados en CSS tienen pautados medicamentos psicotrópicos a diario y por largos periodos de tiempo. Estos medicamentos son eficaces si se usan bajo control médico y cuando están clínicamente indicados. Sin embargo, también pueden presentar efectos secundarios y perjudiciales, sobre todo si se usan de forma abusiva o sin control, pudiéndose afirmar que en dichas ocasiones se usan como sujeciones químicas. Los fármacos psicotrópicos también ocasionan riesgos en los ancianos, como pueden ser delirio o alteración del pensamiento o de la función cognitiva. También pueden ocasionar deterioro en la comunicación, depresión o movimientos físicos de repetición. Están asociados a caídas provocadas por mareos, vértigos, marcha inestable, problemas de equilibrio e hipotensión. La CEOMA afirma que la mayor parte de los CSS tienen largos horarios nocturnos, desde las 20:00 h hasta las 8:00 h de la mañana del día siguiente, y mantener en cama a los ancianos en este horario no se corresponde

con los patrones de sueño normales, siendo en este caso una razón de conveniencia.

Existe un sobreuso de antipsicóticos en los pacientes con demencia, que puede llegar hasta el 33%²⁷. Una revisión que evaluó pacientes ambulatorios e institucionalizados con demencia indica que en muchos pacientes podría suspenderse el tratamiento sin efectos perjudiciales en la conducta. Los pacientes con agitación o psicosis que habían respondido al tratamiento previo tuvieron mayor riesgo de recaída o recaían antes, y los pacientes con síntomas neuropsiquiátricos iniciales más graves podrían beneficiarse de mantenerlo²⁸.

La *prestación farmacéutica en los CSS* se está desarrollando de forma muy heterogénea entre las comunidades autónomas, y es motivo de controversia. El farmacéutico de CSS debe realizar un análisis de la situación desde la perspectiva de las necesidades sanitarias de las personas institucionalizadas y de la atención que debe prestarse²⁹. Entre estas necesidades se encuentra el uso excesivo de antipsicóticos, sobre todo en los pacientes con demencia; sin embargo, la realidad es que la mayoría de estos pacientes ya están tomando medicamentos antipsicóticos excesivos en el momento del ingreso en el CSS²⁹. La propuesta de intervención del farmacéutico al ingreso de un paciente en un CSS es clave para la calidad de la farmacoterapia.

El estudio multicéntrico más grande realizado para mejorar la salud de los ciudadanos europeos con demencia fue el llamado *Right-TimePlaceCare*³⁰. Extrayendo los datos españoles, se observa que los ancianos institucionalizados usan más psicotrópicos que los que se encuentran en su domicilio³⁰. La Agencia Española Medicamentos y Productos Sanita-

rios estima que el importante incremento del uso de antipsicóticos atípicos que ha habido en nuestro país está relacionado con su utilización en pacientes con demencias seniles. Siguiendo el criterio de Beltrán⁶, el empleo de psicofármacos en la población anciana institucionalizada es admisible en los siguientes supuestos:

- Por razones nosológicas: empleo según las indicaciones terapéuticas que constan en la ficha técnica (prescripción *on-label*).
- Por razones sintomáticas: empleo fuera de indicación (*off-label*) cuando está acreditado su uso por la comunidad científica y no existen contraindicaciones (conforme al marco establecido en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales).
- Por razón de prevención de daños graves al propio paciente o a terceros.

Los farmacéuticos también tienen su papel en la contribución a la humanización en el ámbito sociosanitario. En cuanto al uso de medidas farmacológicas relacionadas con las sujeciones químicas, el farmacéutico deberá:

- Colaborar en la elaboración de una guía de psicofármacos adecuada al anciano.
- Promover la suspensión de fármacos potencialmente inapropiados.
- Definir qué fármacos conllevan riesgos específicos en este colectivo de pacientes.

- Aplicar y difundir consensos en cuanto al uso de antipsicóticos, benzodiazepinas y antidepresivos. Se deberá establecer en el centro qué fármacos son de primera o de segunda línea.
- Revisar el uso de medicación si precisa, sobre todo antipsicóticos y benzodiazepinas.

3.5. Humanización al final de la vida

La presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en ausencia de posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico, genera un gran impacto emocional en el paciente y sus familiares, quienes generan una fuerte demanda de atención y apoyo emocional³¹. El miedo a la muerte es un sentimiento universal muy condicionado por factores de tipo cultural. Los expertos aseguran que jamás el ser humano había experimentado tanto miedo a la muerte como el que se sufre actualmente en las sociedades más industrializadas. En un estudio descriptivo presentado durante unas jornadas de cuidados paliativos organizadas por un centro sociosanitario, se analizaron los factores que intervienen en la humanización de los cuidados paliativos. Los factores valorados fueron el cuidado del profesional y la relación personalizada. También se valoró como causa mayor de deshumanización la debida al profesional. Por tanto, la humanización de la atención en los cuidados paliativos tiene un gran significado y un profundo valor.

Se estima que aproximadamente un 80% de los enfermos mueren en los hospitales o en centros asistenciales. Sin embargo, la medicina moderna se obceca en curar y conside-

ra la muerte del paciente como un “fracaso técnico”³². Las trayectorias al final de la vida son bastante variables, por lo que diferenciar entre las distintas trayectorias y las necesidades relacionadas con cada una de ellas puede ayudar a adaptar estrategias y desarrollar mejores programas de cuidados terminales. Esta situación está muy presente en los nuevos modelos de atención sanitaria y es la pieza clave para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Así pues, organizaciones mundiales, administraciones, asociaciones y profesionales protagonizan la necesidad de un cambio en el abordaje de la atención sanitaria en todos sus ámbitos. El paciente es el centro del sistema, y su empoderamiento, la creación de ambientes amigables y la humanización sanitaria son aspectos que se están trabajando con mucha intensidad, bajo el concepto de *responsabilidad social socio-sanitaria*. Un ejemplo de ello es el impulso desde la Sociedad Vasca de Geriátrica y Gerontología, el Colegio de Médicos de Vizcaya y la Diputación de Vizcaya, de un código ético en todo el territorio vasco que estandarice la manera de tratar a los mayores, sobre todo al final de la vida o en situaciones terminales.

La responsabilidad social/sociosanitaria y la humanización del anciano no se entienden sin la colaboración multidisciplinaria³³, en la cual el farmacéutico es una pieza clave no solo para asegurar un uso adecuado de la farmacoterapia, sino también para ayudar a informar y formar a los pacientes y los familiares sobre los beneficios/riesgos de la misma. El farmacéutico de hospital ha evolucionado en el desarrollo de su actividad profesional, de un modelo de atención centrado en el pa-

ciente hospitalizado a una atención más global y coordinada, basada en el seguimiento continuo en el ingreso, en el domicilio o en el CSS. La integración en las unidades clínicas, en la hospitalización a domicilio y en los CSS favorece su implicación en iniciativas de responsabilidad social y de humanización. Así puede verse reflejado en actividades como:

- Racionalización del uso de medicamentos con los profesionales y los pacientes ancianos al final de la vida. Un porcentaje muy alto de pacientes sigue con fármacos para la enfermedad de Alzheimer y con estatinas hasta el fallecimiento.
- Prevención de efectos adversos en la terapia de sedación de pacientes frágiles.
- Conciliación de medicación en las transiciones asistenciales que se generan muchas veces al final de la vida del paciente, procurando simplificar al máximo los tratamientos.
- Implicación de la familia en las decisiones de tratamiento al final de la vida, sobre todo en los CSS.
- Accesibilidad a medicación intravenosa (generalmente paliativa) sin necesidad de trasladar al paciente al hospital, mejorando el confort y el acompañamiento al final de la vida del enfermo. Esto se produce sobre todo en sistemas de gestión sociosanitaria con conciertos en los que el servicio de farmacia del hospital es el responsable de la gestión y la logística de la medicación del CSS.

4. Discusión

El concepto de humanización no está aún bien estandarizado ni definido, lo que puede conllevar confusiones y dificultades en su implementación. El propio personal sanitario tiene controversias sobre su significado, otorgándole distintas definiciones (empatía, escucha atenta, buena relación con el paciente, reorganización del trabajo mejorando la accesibilidad o mejoría del ambiente). Muchos profesionales reconocen la falta de entrenamiento en este ámbito y creen necesaria la adquisición de una formación integral, que no abarque únicamente conceptos médico-teóricos. Con este fin están surgiendo diversas iniciativas para los profesionales, como cursos de formación o jornadas de humanización.

Esta monografía pretende concienciar y poner cimientos a la humanización del anciano y de la atención sociosanitaria, que abarca todos los ámbitos (el médico, el farmacológico y el social) y a todos los profesionales y familiares que asisten a los pacientes. Un ejemplo de este objetivo es el documento de la Fundación Caser para la dependencia, *El compro-*

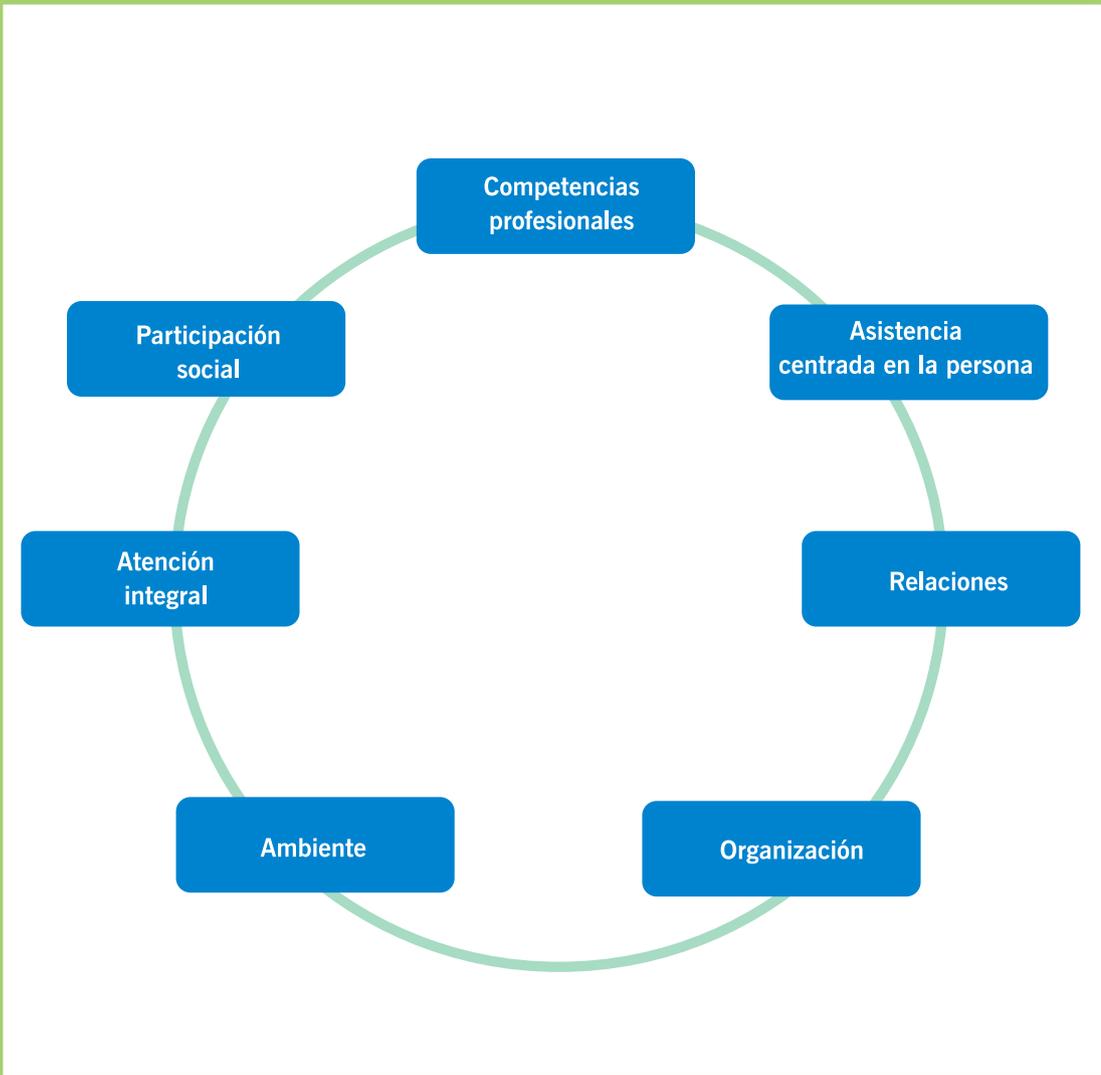
miso de la humanización en las instituciones sociosanitarias, que define varias competencias para desarrollar en este ámbito (Figura 2). Aún así, es necesario difundir mucho más esta cultura en el ámbito sanitario y específicamente en el sociosanitario.

Aún quedan camino por recorrer y nuevos retos para el farmacéutico hospitalario en la humanización de la asistencia sanitaria:

- Mejorar la formación de los farmacéuticos de hospital en el desarrollo de iniciativas de responsabilidad social sociosanitaria y humanización, en concreto en el anciano.
- Mejorar las habilidades de comunicación para informar sobre medicamentos a pacientes y familiares, no solo a profesionales sanitarios. Mejorar las habilidades de comunicación en situaciones de demencia y uso de fármacos en estas indicaciones, así como informar sobre el tratamiento de los pacientes al final de la vida.

F02

Figura 2.
Compromiso de Humanización en las Instituciones Sociosanitarias



- Participar en programas de prevención de caídas en el hospital y en los CSS, identificando la medicación de riesgo.
- Aumentar la regulación y la incorporación de modelos de atención farmacéutica hospitalaria en los CSS que permitan aplicar una atención farmacéutica humanizada, incluyendo cuidados paliativos, sin necesidad de traslado del paciente al hospital y de forma coordinada con otros niveles asistenciales.
- Establecer consensos y guías que ayuden a homogeneizar la discontinuación de tratamientos agresivos y preventivos al final de la vida.
- Aumentar la visibilidad del farmacéutico de hospital en el ámbito de la responsabilidad social/sociosanitaria y su implicación en los equipos de profesionales dedicados a la cronicidad y a la atención al final de la vida.

5. Bibliografía

1. Butragueño Laiseca L, González Martínez F, Oikonomopoulou N, Pérez Moreno J, Toledo Del Castillo B, González Sánchez MI, *et al.* Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. *Rev Chil Pediatr.* 2016;87:373-9.
2. Kohler F. Once again: humanization of hospitals. *Veska.* 1959;23:284-6.
3. Odasso A. Humanization of the pediatric hospital. Organizational health aspects. *Minerva Pediatr.* 1978;30:1889-92.
4. Geriatricarea. Portal para los profesionales del sector geriátrico. (Consultado el 10 de julio de 2017.) Disponible en: <http://geriatricarea.com/teva-premia-a-once-iniciativas-que-tratan-de-humanizar-la-sanidad/>
5. Bermejo Higuera JC, Villacieros Durbán M. El compromiso de humanización en las instituciones sociosanitarias. (Consultado el 30 de julio de 2017.) Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/dam_media/imagenes/presenciales/El_compromiso_de_la_humanizacion_en_las_Instituciones_Sociosanitarias_-_ACTAS_DEPENDENCIA_01.pdf
6. Beltrán Aguirre JL. Uso de psicofármacos en personas ancianas institucionalizadas: razones y legalidad aplicable. *Estudios.* 2016;26:39-62.
7. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. (Consultado el 2 de agosto de 2017.) Disponible en: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing
8. EMPATTICS Project. SERGAS 2016. (Consultado el 2 de agosto de 2017.) Disponible en: <http://ehff.eu/empattics-project-contract-signed/>
9. Personalized Prevention of Chronic Diseases. (Consultado el 3 de agosto de 2017.) Disponible en: http://cordis.europa.eu/project/rcn/194376_en.html
10. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
11. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (Consultado el 30 de julio de 2017.) Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
12. Martín-Sánchez FJ, Fernández Alonso C, Merino C. El paciente geriátrico en urgencias. *An Sist Sanit Navarra.* 2010;33:163-72.
13. Duaso E, Tomás S, Rodríguez-Carballeira M, Leonor Cuadra L, Llonch M, Ruiz D. Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(Supl 1):10-4.
14. Humanising Intensive Care. (Consultado el 11 de julio de 2017.) Disponible en: <http://humanizandolos-cuidadosintensivos.com/en/home/>

15. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, *et al.* Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist.* 2015;30:243-50.
16. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, *et al.* Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva.* 2015;39:4-12.
17. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (Consultado el 05 de agosto de 2017.) Disponible en: <https://www.semfyc.es/el-60-de-los-ancianos-sale-del-hospital-sin-entender-la-medicacion-que-debe-tomar/>
18. Estudio EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría Técnica. Centro de Publicaciones. Madrid. (Consultado el 31 de julio de 2017.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EARCAS.pdf>
19. El valor de la farmacia hospitalaria. Documento de información y posicionamiento. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. (Consultado el 30 de julio de 2017.) Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/EL_valor_de_la_FH.pdf
20. Muñoz Alustiza C. Curso: La atención humana al anciano institucionalizado. Tres Cantos (Madrid), 22-26 de abril de 2002. Conferencia: Tópicos en la relación de ayuda al anciano. (Consultado el 1 de agosto de 2017.) Disponible en: http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/Topicos_en_la_atencion_humanizadora_al_anciano_institucionalizado.pdf
21. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: a review of the literature. *Int J Nurs Studies.* 2014;51:1517-23.
22. Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent-Farnel J, Ramón JR. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30:177-90.
23. Jornadas sobre trabajo social. Humanización del espacio sociosanitario, 2016. (Consultado el 10 de julio de 2017.) Disponible en: <http://www.comillas.edu/es/noticias-comillas/7961-los-pacientes-deben-ser-tratados-con-la-mayor-humanidad-posible>
24. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2014. (Consultado el 1 de agosto de 2017.) Disponible en: https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=1&cod=349
25. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39:240-54.
26. Prieto Lozano A, Wilke Trinxant A, Soldado Ordóñez C, Moliner Molins C, Gené Badia J. Uso racional de fármacos en el anciano. *Aten Primaria.* 1997;19:96-100.
27. Gustafsson M, Karlsson S, Lövheim H. Inappropriate long-term use of antipsychotic drugs is common among people with dementia living in specialized care units. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2013;14:10.
28. Declercq T, Azermai M, van der Stichele R, de Sutter AI, van Driel ML, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;28:CD007726.
29. Peris-Martí JF, Fernández-Villalba E, Bravo-José P, Sáez-Lleó C, García-Mina Freire M. Reflection on the pharmaceutical service in nursing homes; understanding reality to cover needs. *Farm Hosp.* 2016;40:302-15.
30. Beerens HC, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A, Soto ME, Suhonen R, Zabalegui A, *et al.* RightTimePlaceCare Consortium. Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15:54-61.
31. The SUPPORT principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *JAMA.* 1995;274:1591-8.
32. Gallo JJ, Andersen MS, Hwang S, Meoni L, Jayadevappa R. Physician preferences for aggressive treatment at the end of life and area-level health care spending: the Johns Hopkins Precursors Study. *Gerontol Geriatr Med.* 2017;3:2333721417722328.
33. Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. (Consultado el 2 de agosto de 2017.) Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>