



REVISIÓN

La atención farmacéutica comunitaria en pacientes incluidos en programas de cuidados paliativos. Revisión bibliográfica



Alejandro Cuadrado Blanco^{a,*}, M. Teresa Álvarez González^b y Alfonso Díaz Madero^c

^a *Medicina de Familia, ZBS de Villalpando, Zamora, España*

^b *Farmacia José Antonio López-Arias Testa, Zamora, España*

^c *Gerencia de Atención Primaria de Zamora, Zamora, España*

Recibido el 26 de septiembre de 2013; aceptado el 2 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 5 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Farmacéutico comunitario;
Atención farmacéutica;
Cuidados paliativos

Resumen

Objetivo: Identificar y conocer qué rol o papel representa el farmacéutico comunitario en la atención a los pacientes y familia al final de la vida, dentro de los planes y programas de cuidados paliativos (CP) en el ámbito nacional, autonómico e internacional.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de la literatura científica, en inglés o español, a través de los buscadores Pubmed, Google Académico y web del SACYL Biblioteca virtual, plataforma de editoriales de revistas electrónicas (Editorial Elsevier y Elsevier Doyma), la web del PORTALFARMA (*Revista del farmacéutico*, *Panorama actual del medicamento* y *Pliegos de rebótica*) y Cochrane. Completando la revisión con la lectura de los distintos planes o programas de CP a nivel nacional y autonómico.

Resultado: En los países de habla inglesa (Reino Unido, Australia, EE.UU., etc.), se ha comenzado a valorar la intervención del farmacéutico comunitario como farmacéutico colaborador o dentro de un equipo interdisciplinar de CP, a través de su inclusión en guías, documentos de consenso o programas piloto.

No se ha encontrado ningún estudio que recoja la intervención del farmacéutico comunitario en la prestación de CP en nuestro país. Tan solo los planes de CP de la comunidad de Madrid y de la región de Murcia recogen la intervención del farmacéutico aunque de forma muy general, poco específica y sin referencia concreta al farmacéutico de oficina de farmacia o farmacia comunitaria.

Conclusiones: En España existen programas de atención a pacientes crónicos en los que interviene el farmacéutico comunitario, pero no hay ninguna referencia con relación al paciente con enfermedad avanzada o terminal. Se podría afirmar que los profesionales farmacéuticos comunitarios, con relación a la prestación de servicios asistenciales al paciente terminal y su familia, han quedado fuera del sistema y eso, a pesar de que se ha llegado a afirmar que los CP son «cosa de todos».

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acuadrado28@hotmail.com (A. Cuadrado Blanco).

KEYWORDS

Community pharmacist;
Pharmaceutical care;
Palliative care

La integración del farmacéutico comunitario en la atención a los pacientes en CP formando parte de un equipo interdisciplinar o como «farmacéutico colaborador» debería ser un recurso a tener en cuenta y valorar.

© 2013 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Community pharmaceutical care in patients in palliative care programs
Abstract

Objetives: To identify and determine the role or function the community pharmacist as regards terminal patients and their families within the palliative-care (PC) plans and programmes on a national, regional and international scale.

Materials and methods: A review was made of the scientific literature in English and Spanish, through the web search engines, PubMed, Google Scholar, and the SACYL online virtual Library website, network of publishing companies with electronic journals (Elsevier publishing house and Elsevier Doyma), PORTALFARMA website (*Pharmacist Journal, Present-day Medication Scene and Pharmacy Specifications*), and the Cochrane Library. The review is concluded with the description of a variety of plans and/or programmes on PC at regional, national and international level.

Results: In the English-speaking countries (such as the United Kingdom, Australia, and the United States), it has been started to assess the community pharmacist's contribution as a collaborator or within an interdisciplinary team by means of their inclusion in handbooks, consensus documents, or pilot programmes. No research has been found so far that includes the community pharmacist's contribution in providing PC on a nationwide scale. Only in the Autonomous region of Madrid and the Region of Murcia do PC Plans include the pharmacist's contribution, although, in a very general and vague way.

Conclusion: There are some programmes implemented in our country for chronic patients with input of the community pharmacist, but there is no reference to patients suffering from advanced or terminal disease. It could be stated that professional community pharmacists have been left out of the system as regards the provision of welfare services to terminal patients and their families, although it has been asserted that PC is "everybody's concern". The integration of the community pharmacist in patient care in PC, forming part of an interdisciplinary team, or as a "collaborator pharmacist", should be an option to be taken into account and assessed.

© 2013 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde que surgieron los cuidados paliativos (CP) a mediados del siglo xx como un nuevo modelo y paradigma asistencial en respuesta a las necesidades específicas de atención de los pacientes al final de su vida y a sus familias, han ido demostrando que son apropiados para todos los pacientes desde el momento en que se les diagnostica una «enfermedad que amenaza o debilita la vida»¹. Todo paciente de cualquier edad con un amplio rango de categorías de diagnóstico, con una enfermedad recurrente o persistente que afecte de modo adverso a su vida cotidiana o que predicablemente reduzca su esperanza de vida sería tributario de una atención desde la perspectiva de los CP, siendo más frecuente en las fases avanzadas, pero también muy importante en otras fases más tempranas de enfermedades con momentos de crisis. Se puede estar hablando de pacientes con enfermedades de duración variable, varios años, meses, semanas o días, de pacientes con enfermedades oncológicas y no oncológicas².

Se ha estimado que la tasa de necesidades de CP básicos en España estaría en torno a 4.475-4.900/millón de habitantes y año y la tasa prevista de atención por parte de equipos

específicos o de necesidades de CP avanzadas sería de 1.620 a 2.385/millón de habitantes y año³.

Desde los años 80, se ha asistido en nuestro país a una progresiva toma de conciencia sobre la importancia de la atención de los pacientes al final de la vida, consolidándose a través del desarrollo normativo, legislativo y de la puesta en marcha de distintos planes, estrategias, programas, procesos, etc. a nivel nacional y autonómico. Todos ellos comparten el reconocimiento de que la atención al paciente terminal y la familia debe pivotar en la Atención Primaria (AP), en sintonía con la propuesta de la OMS de que el nivel de AP debería estar a la vanguardia en los sistemas de salud en la atención del paciente y la familia en el final de la vida⁴, considerándose el domicilio del paciente, en la medida de lo posible, como el lugar idóneo para proporcionar CP.

A efectos organizativos la gran mayoría de estrategias y programas de CP contemplan diversos niveles de atención. La atención en un u otro nivel vendría dada por criterios de complejidad de la situación del paciente o la familia, siendo la coordinación entre los distintos niveles y la continuidad asistencial fundamentales para una atención de calidad.

Los equipos de soporte o equipos domiciliarios de CP, lejos de suplantar el papel de los profesionales de AP, desde su creación, promueven una forma de atención compartida del paciente y su familia.

Se ha afirmado que los CP son «cosa de todos»⁵, de manera que, en principio, cualquier profesional de la salud relacionado con la atención directa de los pacientes y sus familias, en cualquier ámbito asistencial, debería estar llamado a participar de alguna manera. Y ello, adaptándose a la situación de terminalidad de la vida, adoptando una actitud compasiva y humana, delicada, empática y de respeto en el campo de la gestión de cada profesional en particular, desde una perspectiva global, integral, multidisciplinar e interdisciplinar.

A los profesionales de farmacia en España se les asocia tradicionalmente al ámbito del despacho u oficina de farmacia, valorándolos y considerándolos como meros dispensadores de productos y medicamentos con una función casi exclusivamente mercantil. Sin embargo, de un tiempo a esta parte, se ha ido produciendo un cambio en la denominación del lugar de trabajo, pasando de ser denominado oficina de farmacia a conocerse como farmacia comunitaria. La primera haría referencia al local (oficina) y a las actividades que en ella se realizan, como la de gestión y administración. La segunda, supondría una apertura al exterior, al paciente y a través de él, a la comunidad en la que está integrada y a la que sirve. Es un proceso evolutivo desde la farmacia dispensadora hacia la farmacia asistencial, más personalizada y orientada al paciente, a través de lo que se conoce como atención farmacéutica (AF).

La AF ha sido definida por la OMS como «un compendio de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones, a través de un compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados definidos en la salud y calidad de vida del paciente»⁶. Los 3 servicios fundamentales del farmacéutico comunitario desde la perspectiva de la AF a través de la implantación de una hipotética cartera de servicios específica son la dispensación de especialidades farmacéuticas, consulta o indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico personalizado⁷. Tanto la OMS como el Ministerio de Sanidad y Consumo consideran al farmacéutico comunitario un recurso asistencial en potencia importante para el paciente, su familia y la comunidad, que puede cooperar con el resto de los profesionales.

Entre los objetivos fundamentales del farmacéutico comunitario a través de la AF, estarían la de revisión de la medicación para optimizar la efectividad de los tratamientos y disminuir la incidencia de reacciones adversas, reduciendo los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y los resultados negativos asociados a los mismos (RNM). El consejo, educación e información al propio paciente o al cuidador, mejorando la adhesión a los tratamientos con una atención personalizada y con orientación al cuidado. La promoción de la continuidad de la atención en todos los estadios de la enfermedad, a pacientes dependientes o no, en la oficina de farmacia o en el domicilio del paciente⁸. Se ha señalado al farmacéutico comunitario como el profesional de la salud más accesible, aconsejando a través de la Resolución del Consejo de Europa (ResAP, 2001)

que su función o papel se regule para el desarrollo de la AF a todo tipo de pacientes⁹. La asistencia en el domicilio del paciente por parte del farmacéutico es un tipo de atención que se denomina atención farmacéutica domiciliaria, orientada a pacientes con incapacidad física o cognitiva, pacientes mayores dependientes, polimedicados, enfermos en el final de la vida y sus familias.

El objetivo de este trabajo desde la perspectiva de la AF es identificar y valorar cómo se recoge el posible rol que desempeña o puede desempeñar un profesional de la salud como es el farmacéutico comunitario en la organización y prestación de servicios de CP, en los distintos programas o planes en el ámbito nacional, europeo e internacional, y cómo recoge la literatura científica internacional la posible interrelación de la prestación de los CP y la AF.

Método

Realización de una revisión bibliográfica, llevada a cabo hasta agosto del 2013, buscando, en principio, aquellos artículos en los que se mencionase algún tipo de actividad propia del farmacéutico comunitario. Se obtuvieron artículos que hacían referencia a la gestión del farmacéutico comunitario en enfermedades crónicas. Se rechazaron si no hacían ninguna referencia a los CP o si, haciendo referencia a los CP y al farmacéutico, lo hicieran al ámbito estrictamente hospitalario. Se realizó una lectura detallada de los considerados relevantes. Se rechazaron algunos artículos porque abordaban aspectos de la asociación del farmacéutico comunitario y los CP que, aunque interesantes, no eran en los que se centraba esta revisión, como la realización de encuestas sobre la necesidad de una formación continuada específica en CP para farmacéuticos, el interés de los farmacéuticos por entrar en estos programas, y encuestas sobre la visión y opinión de los miembros del equipo multidisciplinar de CP del posible rol del farmacéutico.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado fundamentalmente en inglés, en la literatura internacional de la base de datos Pubmed. Para ello, se han utilizado los siguientes descriptores de lenguaje tesoro MeSh y los operadores booleanos, palliative care OR end of life OR terminal stage OR general practitioner palliative OR patient palliative care OR terminal patient palliative care AND pharmacist OR pharmaceutical service OR community pharmacist OR pharmacist role OR community pharmacist role OR pharmaceutical care AND collaboration OR cooperation OR interdisciplinary.

La búsqueda se completó con las mismas palabras clave en sus equivalentes en español, a través del buscador Google Académico y el buscador de la web del SACYL, Biblioteca virtual, plataforma de editoriales de revistas electrónicas, de la Editorial (Elsevier y Elsevier Doyma)¹⁰. Así mismo, se accedió a través de la web de Portalfarma, a 3 revistas farmacéuticas en español (*Revista del farmacéutico*, *Panorama actual del medicamento* y *Pliegos de Rebotica*) y a la Cochrane.

Los hallazgos seleccionados de la revisión bibliográfica se encuentran referenciados en la bibliografía del 26 al 31, 5 de la revisión de Pubmed y uno en español de Google Académico (tabla 1).

Para completar la revisión, se añadió una lectura de lo recogido en los distintos planes, programas, estrategias,

Tabla 1 N.º de artículos seleccionados

Artículos de la revisión en Pubmed	931
Eliminados tras la lectura del título	894
Eliminados tras la lectura del abstract	19
Eliminados por no idioma en inglés (japonés)	2
Eliminados por no acceso al texto íntegro	2
Eliminados tras la lectura completa del artículo	9
Artículos en español de PORTALFAMA, Editorial Elsevier y Google Académico	1
Total artículos seleccionados y referenciados	6
Eliminados tras la lectura del título	894
Eliminados tras la lectura del abstract	19
Eliminados por no idioma en inglés (japonés)	2
Eliminados por no acceso al texto íntegro	2
Eliminados tras la lectura completa del artículo	9
Artículos en español de PORTALFAMA, Editorial Elsevier y Google Académico	1
Total artículos seleccionados y referenciados	6
Eliminados tras la lectura del título	894
Eliminados tras la lectura del abstract	19
Eliminados por no idioma en inglés (japonés)	2
Eliminados por no acceso al texto íntegro	2
Eliminados tras la lectura completa del artículo	9
Artículos en español de PORTALFAMA, Editorial Elsevier y Google Académico	1
Total artículos seleccionados y referenciados	6

etc. sobre CP en el ámbito español, a nivel nacional y autonómico, buscando referencias al profesional de farmacia en general, tanto en el orden de objetivos de formación, participación en grupos de gestión como en participación directa en algún aspecto de la asistencia del paciente y la familia en el marco de cada programa en particular. Los planes o programas revisados han sido:

Plan nacional de CP. Bases para su desarrollo¹¹. Estrategia en CP del Sistema Nacional de Salud³. Programa integral de atención paliativa de Cantabria¹². Programa de CP de Aragón¹³. Programa marco de CP del Servicio Extremeño de Salud¹⁴. Plan andaluz de CP 2008-2012¹⁵. Estrategia de CP para Asturias¹⁶. Estrategia de CP de las Illes Balears (2009-2014)¹⁷. Plan estratégico de CP de la Comunidad de Madrid¹⁸. Plan integral de CP en el Servicio Murciano de Salud¹⁹. Plan integral de CP de la Comunitat Valenciana 2010-2013²⁰. Plan galego de Cuidados Paliativos²¹. Pla director sociosanitari 2005-2007²². Plan de CP. Atención a pacientes al final de la vida. CAPV (2006-2009)²³. Cuidados paliativos Araba (Álava). Proceso asistencial integrado²⁴, guía de actuación. Atención a la persona en situación terminal y a su familia en AP, Navarra²⁵.

Resultados

Los primeros estudios que evaluaron la atención proporcionada por los farmacéuticos comunitarios a pacientes en programas de CPD fueron uno en el Reino Unido²⁶ y otro en San Diego (California, EE. UU.)²⁷ con la implantación y posterior evaluación de un programa piloto a través de un protocolo de colaboración de farmacéuticos comunitarios con equipos de CP. Los médicos participantes en el

estudio manifestaron que la colaboración fue útil para el control de síntomas como el dolor y las náuseas, y que es posible su utilidad en el apoyo psicoemocional. Los estudios recogían entre sus conclusiones que los farmacéuticos comunitarios, por su cercanía a la población, accesibilidad y confianza, podrían participar activamente en la prestación de CP, formando parte de un equipo interdisciplinar comunitario o como referente y apoyo a los profesionales de AP y de las unidades domiciliarias de CP, de manera que se obtuvieran mejores resultados en la calidad de la atención al paciente y la familia en situación de enfermedad terminal.

Un primer estudio realizado en Australia sobre la inclusión del farmacéutico comunitario en un equipo multidisciplinar de CP valoró las intervenciones en la gestión de medicamentos con relación a los profesionales del equipo y al paciente y la familia. El beneficio de su participación se estableció en un incremento significativo del conocimiento de los fármacos por el profesional de enfermería, detección de un importante número de PRM y la utilidad de la primera herramienta de detección medication review screening tool (MRST) de riesgo de problemas con los fármacos en población de pacientes de CP. El estudio, aunque con ciertas limitaciones por el tiempo y capacidad de medición de los beneficios, reconocía un incremento de la seguridad y confianza de los pacientes y familia en la gestión de los fármacos, una reducción de errores, fundamentalmente relacionados con la medicación, y una reducción de ingresos hospitalarios como consecuencia de dichos errores, fruto de la revisión del farmacéutico comunitario. No se pudo establecer la rentabilidad en términos coste-beneficio del proyecto. Se determinaron las posibles funciones que podría realizar el profesional de farmacia comunitaria a través de las actividades principales que había realizado en este proyecto²⁸.

Un grupo de trabajo de epidemiólogos, técnicos en salud pública y profesionales de la medicina de Singapur en el 2010, evaluaron las funciones y responsabilidades asignadas a los farmacéuticos comunitarios a nivel internacional y en Singapur, evidenciando la amplia gama de funciones que desempeña la comunidad farmacéutica, al proporcionar información sobre la integración en la gestión de enfermedades crónicas fundamentalmente, pero también de programas de CP, en algunas ocasiones²⁹.

En un reciente trabajo de recomendada lectura, se recogen 50 posibles razones para la participación del farmacéutico en programas de CP³⁰.

Solamente se encontró un artículo en español del Instituto Jalisciense de Alivio de Dolor y CP de la Universidad de Guadalajara (México) con algunas limitaciones. Recogía que el seguimiento farmacoterapéutico con el «método Dader» adaptado para pacientes en CP domiciliarios, a través de la integración del profesional farmacéutico en el equipo de CP y participando en las visitas domiciliarias, permitió mejorar la calidad de vida del paciente/familia y un uso seguro y racional de los medicamentos³¹.

No se han encontrado publicaciones de estudios que hayan tratado la posible contribución de los profesionales farmacéuticos comunitarios en la prestación de CP en España, en ninguna revista del ámbito médico o de farmacia.

De la revisión y lectura de los planes, programas o estrategias nacional o autonómicas solo en el Plan estratégico de

Tabla 2 Referencias al profesional farmacéutico en los distintos planes, programas y estrategias del ámbito nacional

Plan Estratégico de CP de la Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer Comisiones de Cuidados Paliativos que se reúnan periódicamente y que estarán formadas, entre otros, por responsables de las redes y representantes de: farmacia y otros ● Unidad Integrada: en estas unidades trabajarán equipos multiprofesionales, constituidos básicamente por médicos y personal de enfermería. Los equipos se complementarán con personal administrativo, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos y asesores espirituales, constituyéndose en este conjunto el equipo completo de cuidados paliativos. Los profesionales que trabajan en estas unidades deben ser flexibles, adaptando las funciones de las distintas disciplinas para dar respuesta a las necesidades del paciente ● Es por ello por lo que se hace imprescindible la coordinación de diferentes disciplinas (médicas, enfermería, trabajo social, psicología, farmacia, terapeuta ocupacional, fisioterapia y agente de pastoral) entre los diferentes niveles asistenciales, para hacer una utilización de recursos adecuada y eficiente. Para dar soluciones efectivas a estas necesidades se desarrollarán los siguientes objetivos, que pretenden abordar esta tarea desde 2 enfoques distintos ● Los equipos de expertos deberán incluir médicos y enfermeras junto con un abanico de habilidades que vienen dadas por trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos. . .
Plan Integral de CP en el Servicio Murciano de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios de farmacia de hospital y atención primaria: Estos servicios proporcionarán el apoyo en la asistencia farmacoterapéutica de acuerdo con las guías clínicas y control de síntomas ● Formación posgrado para el resto de profesionales. Para este grupo, las acciones pueden estar integradas y plantearse en conjunto para los residentes de todas las especialidades médicas, incluidos psicólogos y farmacéuticos. Desarrollar para cada una de ellas contenidos específicos de la materia central de su competencia y un apartado importante común

CP de la Comunidad de Madrid y en el Plan integral de CP en el Servicio Murciano de Salud se recoge alguna referencia al profesional de farmacia, pero ninguna de forma concreta sobre el posible rol o papel del farmacéutico de oficina de farmacia o comunitario (tabla 2).

Discusión

El manejo de los fármacos en el paciente terminal es una tarea compleja por la importante cantidad de ellos necesaria (tabla 3). Esta complejidad está en relación con los múltiples síntomas, intensos, cambiantes y multifactoriales que presentan, una media de entre 8 y 10. El síntoma más frecuente es la astenia, siendo el dolor el síntoma paradigma. En el momento en que un equipo de CP inicia la atención a un paciente, al menos el 20% necesita ya por lo menos 8 fármacos, cantidad que irá aumentando a la par que se acerca el momento de la muerte³², y a la que hay que asociar los que el paciente tomaba ya por enfermedades comórbidas previas, teniendo en cuenta que la mayoría serán personas de edad avanzada, y que a lo largo de su proceso pueden recibir tratamientos desde distintos niveles o instancias (equipos de CP, médico de AP y de atención especializada). Todos estos son factores que incrementan el riesgo de aparición PRM y posibles RNM asociados. La población de pacientes en programas de CP ha sido identificada como uno de los grupos de mayor riesgo de eventos adversos farmacológicos y, como consecuencia, de ingresos hospitalarios³³.

Se ha afirmado que los mejores cuidados son los que se prestan por personal competente en el menor tiempo

de plazo posible y lo más cerca posible del domicilio del paciente³⁴, y también que la atención domiciliaria es todavía una cuenta pendiente con estos pacientes, a pesar de que en la estrategia nacional de CP del 2007 se recoja de forma clara que se deben regular las normas para facilitar el uso domiciliario de todos aquellos fármacos e instrumental necesarios para la correcta atención³.

Tabla 3 Lista de medicamentos esenciales en CP de la Asociación Internacional de CP (IAHPC) 2007

Amitriptilina. Acetato de megestrol. Aceite mineral (enema)
Bisacodilo. Butilbromuro de hioscina
Carbamazepina. Citalopram. Codeína
Dexametasona. Diazepam. Diclofenaco. Difenhidramina
Fentanilo (parche transdérmico)
Gabapentina
Haloperidol
Ibuprofeno
Levomopromazina. Loperamida. Lorazepam
Metadona (liberación inmediata). Mydalozam.
Metoclorpramida. Mirtazapina. Morfina
Octeotride. Oxidodona
Sales de rehidratación oral
Paracetamol. Prednisolona
Sen (senósidos)
Tramadol. Trazodona
Zolpidem

Fuente: Tomada de la guía de recursos de CP en Navarra.

Tabla 4 Características de la farmacoterapia en el paciente terminal

- Polifarmacia
- Necesidad frecuente de fórmulas magistrales
- Empleo de fármacos en indicaciones o condiciones de uso distintas a las aprobadas en ficha técnica
- Frecuentes interacciones, efectos secundarios constantes, PRM, RNM
- Necesidad de evaluaciones y optimización del efecto terapéutico muy frecuentes por progresión de la enfermedad, cambios en la intensidad de los síntomas o aparición de nuevos síntomas. . .
- Accesibilidad limitada a ciertos fármacos
- Empleo de medicamentos de uso compasivo
- Difícil gestión de pauta, dosis, vías, número, asociación de varios fármacos en ISCC, etc.

Después de una correcta indicación y prescripción de fármacos por el profesional, complementaria y tan importante como ellas es una adecuada gestión posterior de los mismos en el domicilio del paciente, en cuanto a comprender y aplicar las pautas posológicas, conocimiento de posibles efectos secundarios, significado de subida o escalada de dosis, dosis de rescate, manejo de las distintas vías posibles de aplicación como la utilización de fármacos en ISCC, etc. Esta tarea tan compleja se realiza por los familiares, habitualmente por un familiar llamado «cuidador principal».

Sabemos que las características y complejidad de la farmacoterapia en estos pacientes (tabla 4) ocasionan un enorme distrés a los cuidadores y el planteamiento de frecuentes dudas y consultas con relación a la medicación administrada y a sus efectos, a cualquier hora, en cualquier momento y circunstancia. La disponibilidad y accesibilidad de profesionales para consultar estas situaciones es muy importante.

Un programa de AF comunitaria desde una perspectiva de CP tiene su justificación en que el farmacéutico dispone, por medios informáticos, de los antecedentes farmacológicos del paciente, incluso de posibles suplementos herbales y medicamentos sin receta; en la frecuente utilización, en estos pacientes, de fármacos para manejo de síntomas sin indicación en la ficha técnica, donde el farmacéutico, desde una posición entre paciente y médico prescriptor, puede evaluar el posible beneficio/perjuicio del medicamento (la participación del farmacéutico comunitario sería beneficiosa en el desarrollo de vademécums y protocolos para el control de síntomas, a partir de la esperanza de vida, pronóstico, calidad de vida y otros factores a tener en cuenta específicamente en estos pacientes); así como en la toma de decisiones de interrupción de otros fármacos que tomaba previamente el paciente para otros problemas y que puedan no tener sentido terapéutico en la fase avanzada de enfermedad.

Al ser una población de pacientes con unas características psicosociales específicas, las normales dificultades para entender las pautas farmacológicas, las vías de aplicación, las dosis de rescate farmacológicas en algunos síntomas como el dolor, la pérdida frecuente de la vía oral, la polifarmacia, los efectos secundarios frecuentes de fármacos como

los opioides, puede hacer necesaria la intervención del farmacéutico comunitario para identificar estas situaciones y mejorar la atención con su asesoramiento a través de instrucciones o folletos específicos, mejorando la adherencia, la continuidad asistencial y la respuesta terapéutica. Los frecuentes cambios en la situación del paciente en ocasiones exigen la disponibilidad extemporánea de preparados y su suministro oportuno, donde el farmacéutico está llamado a tener un papel esencial, así como en la consecución de productos de difícil obtención comercial³⁵.

La revisión bibliográfica indicativa de las posibles actividades y del rol que puede desempeñar un farmacéutico comunitario en un programa de CP, aunque sistemática, como tal tiene sus propias limitaciones inherentes, por lo que no puede considerarse exhaustiva. La estrategia de búsqueda se ha basado, al menos en la literatura internacional, en artículos con lenguaje en inglés indexado en Medline, en artículos con lenguaje en inglés no indexados en Pubmed o en otros idiomas, pueden haberse omitido. De hecho, 2 artículos admitidos inicialmente a partir de sus abstracts fueron desestimados al encontrarse publicados, solo, en idioma japonés. No debemos obviar que algunas publicaciones no tienen bien definidas las palabras clave o que la cooperación o papel del farmacéutico en los CP no está explícitamente mencionada en el abstract o en el título. No obstante, consideramos que con los artículos leídos y los incluidos en esta revisión hay una base amplia para considerar nuestras conclusiones fundamentadas.

Conclusiones

La incorporación de los profesionales de farmacia comunitaria en la atención de pacientes al final de la vida y sus familias en los países de habla inglesa está siendo una realidad, aunque de una forma lenta y desigual. Son todavía pocas las experiencias de su participación en programas de CP. Se deben seguir con atención las iniciativas en Australia, donde las guías y documentos de consenso de CP incluyen a médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, agentes pastorales y, además, a los farmacéuticos y otros profesionales como asesores en la participación multidisciplinar³⁶. En este sentido y dando un paso más, la Pharmaceutical Society de Australia, en el año 2011, presentó al Comité Permanente de Asuntos Comunitarios del Senado el proyecto de prestación de servicios del farmacéutico comunitario. En él, de manera resumida se recogía que el sistema sanitario estaba fallando en la no inclusión y participación de los farmacéuticos como miembros del equipo de CP. E instaba a que se reconocieran los conocimientos de estos profesionales y la accesibilidad y contacto que suponen para los pacientes y cuidadores. Estima que su participación promueve el uso eficiente de los recursos a través de un mejor acceso a los medicamentos necesarios en CP. Considera una labor muy importante, la que estos profesionales pueden realizar en las zonas rurales y poblaciones indígenas de Australia³⁷.

Los profesionales de farmacia comunitaria con relación a la prestación de servicios asistenciales al paciente terminal y su familia han quedado fuera del sistema en nuestro país. La participación del farmacéutico comunitario a través de la AF en la implantación de distintos modelos, planes o

programas dirigidos a distintos grupos de riesgo, centrados fundamentalmente en el control y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, que requieren utilización de medicamentos por periodos largos o de por vida, y que precisan de una mayor implicación a través de procesos de formación, información y educación³⁸, no ha corrido paralela a la de su inclusión en programas de CP. Da la impresión de que un paciente con algunas enfermedades crónicas tendría derecho a un tipo de asistencia hasta el momento en que su enfermedad estuviese en una fase terminal, olvidándonos del continuum de muchos procesos crónicos (EPOC, IC, enfermedades neurológicas, etc.) hasta la muerte.

La formación recibida en la licenciatura sobre todos los aspectos de los fármacos, el desarrollo de modelos de AF y AF domiciliaria, junto a la de su gran accesibilidad, hacen que el farmacéutico de oficina de farmacia comunitaria pueda intervenir en la asistencia de pacientes y familia con enfermedad terminal, a través de programas donde participen como «farmacéutico colaborador» o formando parte de un equipo interdisciplinar de CP. Para ello y como un primer paso hacia su integración, recomendamos comenzar por adaptar la definición de AF de la OMS⁶ a los principios que caracterizan a los CP para la atención del paciente al final de la vida y su familia, y que sería: «la AF dirigida a pacientes al final de la vida debería ser un compendio de prácticas en el que el paciente es el primer beneficiario, a través de un compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas biopsicosociales, que deben estar orientadas a lograr el mayor bienestar y calidad de vida posible, con el alivio del sufrimiento, a través del empleo adecuado y racional de fármacos para el alivio del dolor y otros síntomas, con su seguimiento, teniendo en cuenta la frecuencia de la polifarmacia, interacciones, efectos secundarios, difícil comprensión y dificultad de adherencia, allí donde y cuando el paciente y la familia lo precisen».

Se deben diseñar programas de formación básica específica de CP de los profesionales de farmacia, cumpliendo la propuesta de la reciente «Carta de Praga», en la que se recomienda garantizar que los trabajadores de la salud reciban una adecuada formación y entrenamiento en CP y tratamiento del dolor en pregrado y después, adoptando los cambios en los planes de estudio de los profesionales de la salud (medicina, enfermería, farmacia, psicología, etc.) para asegurar que todos los profesionales sanitarios obtengan los conocimientos básicos de CP y sean capaces de atender a los pacientes independientemente del lugar que ocupen en el sistema sanitario³⁹.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guideline for quality palliative care, 2004 [consultado 8 Sep 2009]. Disponible en: www.nationalconsensusproject.org/Guideline.pdf
2. McNamara B, Rosenwax L, Holman DC. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage.* 2006;32:5-12.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
4. World Health Organisation. Cancer control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Palliative care. Geneva: WHO; 2007.
5. Stjersward J, Foley K, Ferris F. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33:486-93.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe de Tokio sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Ars Pharm.* 1995;36:285-92.
7. Consenso sobre Atención Farmacéutica [consultado Sep 2009]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>
8. Atención farmacéutica domiciliaria. Documento marco del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2006 [consultado Sep 2009]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/pacientependiente/Documents/at.farma.domiciliaria.pdf>
9. Consejo de Europa 2001 (ResA.P.). Resolución relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp.* 2001;3:216-22.
10. SACYL, Biblioteca virtual [consultado 2013]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/bibliotecaonline/recursosselectronicos/plataforma-editoriales-revistas-electronicas> (acceso restringido profesional SACYL).
11. Plan nacional de cuidados paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
12. Programa integral de atención paliativa de Cantabria. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria; 2006.
13. Programa de cuidados paliativos de Aragón. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón; 2009.
14. Programa marco de cuidados paliativos. Cáceres: Servicio Extremeño de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura; 2002.
15. Plan andaluz de cuidados paliativos 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
16. Estrategia de cuidados paliativos en el Principado de Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2008.
17. Estrategia de cuidados paliativos de las Illes Balears 2009-2014. Direcció General de Planificació i Finançament. Conselleria de Salut i Consum: Govern de las Illes Balears; 2009.
18. Plan estratégico de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.
19. Plan Integral de cuidados paliativos en el Servicio Murciano de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad; 2009.
20. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunidad Valenciana 2010-2013.
21. Plan galego de cuidados paliativos. Xunta de Galicia; 2006.
22. Pla director sociosanitari Generalitat de Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2006.

23. Plan de cuidados paliativos: atención a pacientes en la fase final de la vida, CAPV 2006-2009. Vitoria: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad; 2006.
24. Cuidados paliativos Araba. Proceso asistencial integrado. Osakidetza-Servicio vasco de salud. Dirección Territorial de Álava, Departamento de Sanidad y Consumo; 2012.
25. Atención a la persona en la fase final de la vida y a su familia en AP. Guía de actuación. Servicio Navarro de Salud; 2000.
26. Needham DS, Wong ICK, Champion PD. Evaluation of the effectiveness of UK community pharmacist' interventions in community palliative care. *Palliat Med.* 2002;16:219-25.
27. Atayee RS, Best BM, Daniels CE. Development of an ambulatory palliative care pharmacist practice. *J Palliat Med.* 2008;11:1077-82.
28. Hussainy SY, Box M, Scholes S. Piloting the role of a pharmacist in a community palliative care multidisciplinary team: An Australian experience. *BMC Palliative Care.* 2011;10-6.
29. Pradeep PG, Molina JAD, Cheah J, Chan SCH, Lim BP. The evolving role of the community pharmacist chronic disease management: A literature review. *Ann Acad Med Singapore.* 2010;39:861-7.
30. Walker KA, Scarpaci L, McPherson ML. Fifty reasons to love your palliative care pharmacist. *Am J Hosp Palliat Care.* 2010;27:511-3.
31. Ruiz Padilla A.J. Propuesta de un modelo de seguimiento farmacoterapéutico para pacientes de cuidados paliativos domiciliarios y la integración del profesional farmacéutico en el equipo de salud [consultado 2011]. Disponible en: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:nOYnKSgXKZ8J:scholar.google.com/+farmaceutico+comunitario+cuidados+paliativos&hl=es&as.sdt=0,5>
32. Currow D, Stevenson J, Abernethy A, Plummer J, Shelby-James T. Prescribing in palliative care as death approaches. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:590-5.
33. Campbell Research, Consulting Pty Ltd. Home Medicines Review Program Qualitative Research Project Final Report. Melbourne: Department of Health; 2010.
34. Corrales D, Alonso A, Rodriguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):63-8.
35. Disponible en: <http://mdconsult.publicaciones.saludcastillayleon.es/books/page.do?eid=4-u1.0-B978-0-323-05674-8.50060-8&isbn=978-0-323-05674-8&uniqlid=421404872-4#4-u1.0-B978-0-323-05674-8.50060-8> [consultado 22 Ago 2013, acceso restringido a profesionales SACYL].
36. Palliative care service provision in Australia. A planning guide. 2 edition. Australian Capital Territory, Council of Palliative Care Australia; 2003.
37. The Pharmaceutical Society of Australia. Submission by the Pharmaceutical Society of Australia to the Senate standing Committee on community affairs on the provision of Palliative Care in Australia; 2012 [consultado 14 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.google.es/#bav=on.2,or.&fp=7b2201232b3733200-ff&q=submission+by+the+pharmaceutical+societu+of+australia+to+the+senate+standing+committee+on+community+affairs+on+the+provision+of+palliative+care+in+australia>.
38. Gorgas MQ, Páez F, Camós J, de Puig E, Jolonch P, Homs E, et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp.* 2012;36:229-39.
39. Palliative care a human right Prague charter. *EAPC Rev Med Paliativa.* 2013;20.