

Revisión de la Farmacoterapia en Pacientes Oncológicos en Cuidados Paliativos: el Farmacéutico en la Garantía del uso Racional y Seguro de los Medicamentos para el Control de Síntomas

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4695>

Medication Review in Oncology Patients in Palliative Care: Pharmacist Assurance of Reasonable and Safe Use of Medications to Control Symptoms

Revisão da Farmacoterapia em Pacientes Oncológicos sob Cuidados Paliativos: o Farmacêutico na Garantia do Uso Racional e Seguro de Medicamentos para o Controle de Sintomas

Raí Martins Melo¹; Victoria Mendes de Lima²; Luciana Favoreto Vieira Mattos³; Livia da Costa de Oliveira⁴; Luana do Amaral Brasileiro⁵

RESUMEN

Introducción: La revisión farmacoterapéutica consiste en analizar los fármacos utilizados por un paciente, con el objetivo de reducir los problemas relacionados con los medicamentos (PRM). El tratamiento paliativo puede provocar efectos adversos y contribuir a la polifarmacia. Por lo tanto, el farmacéutico es de gran valor para garantizar la seguridad y el uso racional asociado al tratamiento farmacológico. **Objetivo:** Analizar la revisión de la farmacoterapia realizada en pacientes con cáncer sometidos a cuidados paliativos exclusivos en un instituto de referencia de Río de Janeiro. **Método:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo, que involucró a pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos exclusivos del Instituto Nacional del Cáncer, quienes tuvieron su tratamiento farmacológico revisado por el farmacéutico, del 1 de junio de 2022 al 31 de mayo de 2023. **Resultados:** Se revisó el tratamiento farmacológico en 171 pacientes, la mayoría de sexo femenino (n=114; 66,7%) con edad igual o superior a los 60 años (n=104; 60,8%). Más de la mitad de los pacientes presentaron al menos una comorbilidad (n=93; 54,4%), con predominio de las relacionadas con el sistema circulatorio (n=68; 43,9%). El porcentaje de PRM y el porcentaje de intervenciones farmacéuticas arrojaron resultados equivalentes (23,4%). El PRM principal fue el uso de un medicamento que el paciente no necesitaba (n=49; 53,3%) y la mayoría de las intervenciones ocurrió para excluir medicamentos (n=55; 56,7%). Hubo 93,5% de aceptabilidad de las intervenciones. **Conclusión:** El estudio destaca la importancia de revisar la farmacoterapia para optimizar el tratamiento farmacológico en cuidados paliativos y refuerza la necesidad de reducir el número de medicamentos prescritos al final de la vida. **Palabras clave:** Revisión de Medicamentos; Retiro de prescripciones; Oncología; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Introduction: The medication review consists in analyzing the drugs utilized by a patient with the aim of reducing drug-related problems (DRP). Palliative treatment can cause adverse effects and contribute to polypharmacy. Therefore, the pharmacist plays a key role in ensuring the safety and reasonable use associated with pharmacological treatment. **Objective:** To analyze the medication review carried out in cancer patients undergoing exclusive palliative care at a reference hospital in Rio de Janeiro. **Method:** Observational, descriptive, retrospective quantitative approach study, involving patients admitted to the exclusive palliative care unit of the National Cancer Institute (INCA) whose pharmacological treatment was reviewed by the pharmacist from June 1, 2022 to May 31, 2023. **Results:** 171 patients, mostly females (n=114; 66.7%), aged 60 years or older (n=104; 60.8%) had their pharmacological treatment reviewed. More than half of them had at least one comorbidity (n=93; 54.4%), with predominance of those related to the circulatory system (n=68; 43.9%). The percentage of DRP and pharmaceutical interventions was similar (23.4%). The main DRP was the use of a medication the patient did not need (n=49; 53.3%) and most interventions excluded medications (n=55; 56.7%). There was acceptance of 93.5% of the interventions. **Conclusion:** The study highlights the importance of reviewing pharmacotherapy to optimize drug treatment in palliative care and reinforces the need to reduce the number of end-of-life prescribed medications.

Key words: Medication Review; Deprescriptions; Oncology; Palliative Care.

RESUMO

Introdução: A revisão farmacoterapéutica consiste na análise dos fármacos utilizados por um paciente, objetivando a diminuição de problemas relacionados a medicamentos (PRM). O tratamento paliativo pode acarretar efeitos adversos e contribuir para a polifarmácia. Portanto, o farmacêutico é de grande valia para garantir a segurança e o uso racional associado ao tratamento farmacológico. **Objetivo:** Analisar a revisão da farmacoterapia realizada em pacientes oncológicos submetidos a cuidados paliativos exclusivos em um instituto de referência no Rio de Janeiro. **Método:** Estudo observacional, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, envolvendo pacientes internados na unidade de cuidados paliativos exclusivos do Instituto Nacional de Câncer, que tiveram seu tratamento farmacológico revisado pelo farmacêutico, no período de 1 de junho de 2022 a 31 de maio 2023. **Resultados:** O tratamento farmacológico foi revisado em 171 pacientes, a maioria do sexo feminino (n=114; 66,7%) com idade igual ou maior do que 60 anos. Mais da metade dos pacientes apresentou pelo menos uma comorbidade (n=93; 54,4%), com predominância daquelas relacionadas ao sistema circulatório (n=68; 43,9%). A porcentagem de PRM e de intervenções farmacéuticas forneceram resultados equivalentes (23,4%). O principal PRM foi a utilização de medicamento de que o paciente não necessitava (n=49; 53,3%) e a maioria das intervenções ocorreu para a exclusão de medicamentos (n=55; 56,7%). Houve 93,5% de aceitabilidade das intervenções. **Conclusão:** O estudo sinaliza a importância da revisão da farmacoterapia na otimização do tratamento medicamentoso em cuidados paliativos e reforça a necessidade de reduzir o número de medicamentos prescritos no final da vida.

Palavras-chave: Revisão de Medicamentos; Desprescrições; Oncologia; Cuidados Paliativos.

¹Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹E-mail: raimartins9514@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-3233-1957>

²E-mail: mendes.vick@hotmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0001-6110-7835>

³E-mail: luciana.mattos@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-6548-4630>

⁴E-mail: livia.oliveira@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5052-1846>

⁵E-mail: luana.brasileiro@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7683-5512>

Dirección para correspondencia: Raí Martins Melo. Serviço de Farmácia/Hospital do Câncer IV/INCA. Rua Visconde de Santa Isabel, 274 – Vila Isabel. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20560-121. E-mail: raimartins9514@gmail.com



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, fueron observadas alteraciones significativas de los perfiles epidemiológicos en el mundo, marcadas por un aumento de la expectativa de vida y de las muertes por enfermedades crónicas¹. Tales datos han llevado a tratamientos farmacológicos de larga duración, al mayor uso de medicamentos y a la ocurrencia de la polifarmacia (uso de cuatro o más medicamentos simultáneamente)^{2,3}.

La asociación de algunos fármacos es considerada benéfica desde el punto de vista de la minimización de daños y mejoría de la calidad de vida de los pacientes⁴. Pero el uso concomitante de diversas terapias, de forma irracional y sin evidencia científica, puede ocasionar reacciones adversas e interacciones medicamentosas incapacitantes, además de contribuir para una menor adhesión al tratamiento, mayor carga económica, internaciones hospitalarias y hasta muertes relacionadas a medicamentos^{4,5}.

Según la Organización Mundial de la Salud, cerca del 50% de los portadores de enfermedades crónicas no siguen los tratamientos farmacológicos, entre el 4% y el 5% de los internamientos hospitalarios suceden por reacciones adversas prevenibles, y cerca del 30% de las consultas de emergencia se generan por problemas relacionados a medicamentos (PRM)^{4,6}. Frente a esta problemática, la revisión de la farmacoterapia se ha vuelto un elemento clave para mejorar la calidad de las prescripciones y garantizar el uso racional y seguro de los medicamentos^{7,8}.

La revisión farmacoterapéutica se define como un análisis crítico y estructurado de los fármacos utilizados por el paciente, con el objetivo de minimizar la ocurrencia de PRM, mejorar los resultados terapéuticos y reducir el desperdicio de recursos^{9,10}. Además, la revisión puede ser considerada como una intervención educativa para fomentar el conocimiento y el compromiso del paciente con su tratamiento¹¹. Por medio de este proceso, es posible optimizar la prescripción, reducir la polifarmacia y ayudar en la selección del medicamento más adecuado para la condición clínica del paciente¹².

Este proceso de trabajo ha sido utilizado por muchas organizaciones como indicador de calidad para evaluar el desarrollo continuo del servicio, pudiendo darse de diferentes formas, dependiendo de la infraestructura del local, del acceso a las informaciones clínicas documentadas y de la complejidad del paciente en cuestión^{10,13}.

En términos de población objetivo, algunas guías de revisión de la farmacoterapia sugieren que ciertos grupos deben priorizarse para la atención. Se consideran pacientes susceptibles a PRM: los individuos que hacen uso de cuatro o más medicamentos todos los días; con más de 12 dosis en un día; en alta hospitalaria reciente; en transferencia hacia la atención en el hogar; admisiones frecuentes en el hospital; múltiples comorbilidades y que reciban medicamentos

de más de un especialista¹⁴⁻¹⁶. Las características descritas definen la realidad de un paciente en cuidados paliativos.

Esta modalidad de cuidado se define como atención en salud integral proporcionada a la persona portadora de una enfermedad grave, progresiva y de riesgo para la vida, buscando la promoción de la calidad de vida del paciente y de sus familiares¹⁷. Sus principios orientadores se basan en comenzar lo más rápido posible el acompañamiento del paciente simultáneo a los tratamientos modificadores de la enfermedad¹⁸.

En el enfoque de la enfermedad oncológica, la integración temprana de los cuidados paliativos asociada al tratamiento modificador se indica a partir del diagnóstico, con el objetivo de ayudar al equipo en el control de los síntomas. De esa forma, a medida que la enfermedad avanza y no puede ser más lograda la cura, el enfoque paliativo tiende a ser ampliado y se vuelve exclusivo¹⁹. En el cáncer avanzado, los pacientes en cuidados paliativos pueden presentar señales y síntomas incapacitantes, como dolor, náusea, vómito, disnea, agotamiento, estreñimiento, anorexia y otros problemas de naturaleza psicosocial y espiritual²⁰. El profesional farmacéutico está capacitado para interactuar en los equipos multidisciplinares, ayudando en el control de los síntomas y promoviendo el uso racional y seguro de los medicamentos²¹. Así, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la revisión farmacoterapéutica realizada en pacientes con cáncer sometidos a los cuidados paliativos en un instituto de referencia en Río de Janeiro.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y con enfoque cuantitativo, involucrando pacientes internados en el Hospital del Cáncer IV (HCIV), unidad de cuidados paliativos exclusivos del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), que tuvieron su tratamiento farmacológico revisado por el farmacéutico, en el período del 1 de junio de 2022 al 31 de mayo de 2023. Fueron incluidos pacientes con edad mayor o igual a 18 años, con escala de *Karnofsky Performance Status* (KPS) del 20% y el 10%; y excluidos los pacientes con datos incompletos en los registros del servicio de revisión farmacoterapéutica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa bajo el parecer de número 6.085.810 el 1 de junio de 2023 (CAAE: 69503823.2.0000.5274), en conformidad con las recomendaciones de las guías de ética relacionadas a los estudios que involucran seres humanos de acuerdo con la Resolución n.º 466/2012²² del Consejo Nacional de Salud.

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas físicas, de los sistemas electrónicos institucionales (*Absolute* e *Intranet*) y de los registros de revisión farmacoterapéutica del sector, siendo tabulados en una hoja de cálculo propia desarrollada en el software *Microsoft Office Excel*[®]. Se obtuvieron variables sociodemográficas y clínicas, como



edad, sexo, ubicación del tumor primario, comorbilidades y capacidad funcional del paciente. Sumado a esto, también fueron reunidas variables farmacoterapéuticas, incluyendo el número de medicamentos prescritos por día, los PRM identificados por el farmacéutico, los tipos de intervenciones farmacéuticas realizadas, la aceptabilidad de las intervenciones por el equipo médico y la polifarmacia.

La edad fue calculada el primer día de revisión farmacoterapéutica. Para la ubicación del tumor primario, se consideró el diagnóstico registrado en la historia clínica al momento de ser derivado el paciente hacia el HCIV, siendo categorizado de acuerdo con los grupos propuestos por la clasificación de tumores malignos TNM²³: tumores de cabeza y cuello, tumores del aparato digestivo, tumores del pulmón y de la pleura, tumores de los huesos y de las partes blandas, tumores de piel, tumores de mama, tumores ginecológicos, tumores urológicos y tumores del sistema nervioso central²⁴. Las comorbilidades fueron obtenidas de la historia clínica y clasificadas de acuerdo con los grandes grupos definidos en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud (CIE-10)²⁵.

La evaluación de la capacidad funcional del paciente se realizó a partir de la evaluación clínica y del registro del equipo de enfermería en el primer día de revisión de la farmacoterapia, de acuerdo con el KPS. Esta escala es utilizada para medir la actividad de un individuo enfermo, su incapacidad o su recuperación con una terapéutica establecida. Está compuesta por once niveles de “*performance*” que van desde 0% al 100%, divididos en intervalos de 10%, en donde el “0” indica muerte y el “100” la *performance* normal, sin alteraciones relacionadas a la enfermedad. Bajo este contexto, el KPS 20% refleja a pacientes con funcionalidad comprometida, necesitando de soporte y el KPS 10%, a aquellos que tienen riesgo de muerte inminente²⁶.

Para los medicamentos prescritos por día, fueron considerados los de uso regular y los utilizados en caso de necesidad, incluyendo los medicamentos estandarizados y los no estandarizados en la institución. Los PRM fueron clasificados de acuerdo con el segundo Consenso de Granada²⁷ y las intervenciones farmacéuticas fueron clasificadas por el servicio de farmacia clínica como: inclusión de medicamentos, ajuste de dosis, sustitución de medicamento de la misma clase terapéutica, exclusión de medicamento, ajuste de frecuencia, alteración de forma farmacéutica, alteración de la vía de administración, entre otros²⁸. La aceptabilidad de las intervenciones fue dicotomizada en sí o no. Con relación a la variable polifarmacia, se consideró el uso concomitante de cuatro o más medicamentos por el paciente².

Para los análisis estadísticos, fue utilizado el software *Stata*[®], versión 15.0²⁹. La prueba de Kolmogórov-Smirnov fue realizada para evaluar la distribución de las variables continuas. Este método de análisis es uno de los más utilizados para la evaluación de la simetría de la distribución de los datos, pues permite verificar si las variables se distribuyen de manera normal o no. Las variables de distribución normal fueron descritas en media, desviación estándar (DE) y comparadas con la prueba *t* de Student. Las variables no normales fueron descritas en forma de mediana, intervalo intercuartílico (IIQ, percentiles 25 y 75) y fueron comparadas con la prueba U de Mann-Whitney. Los números de observaciones, frecuencias y la prueba χ^2 al cuadrado de Pearson o exacta de Fisher fueron usadas para las variables categóricas.

RESULTADOS

Se evaluaron los datos de 171 pacientes (Figura 1). La mayoría de ellos tenía 60 años o más de edad ($n = 104$; 60,8%), sexo femenino ($n = 114$; 66,7%) y sitio tumoral primario localizado en el tracto gastrointestinal ($n = 32$; 18,7%), seguido por mama ($n = 30$; 17,5%). Más de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio tenía, por lo menos, una comorbilidad ($n = 93$; 54,4%). En términos de prevalencia, las comorbilidades más frecuentes fueron aquellas relacionadas al aparato circulatorio ($n = 68$; 43,9%). Con base en la evaluación de la capacidad funcional, la mayor parte de los pacientes fue clasificada como KPS 20% ($n = 143$; 83,6%) (Tabla 1).

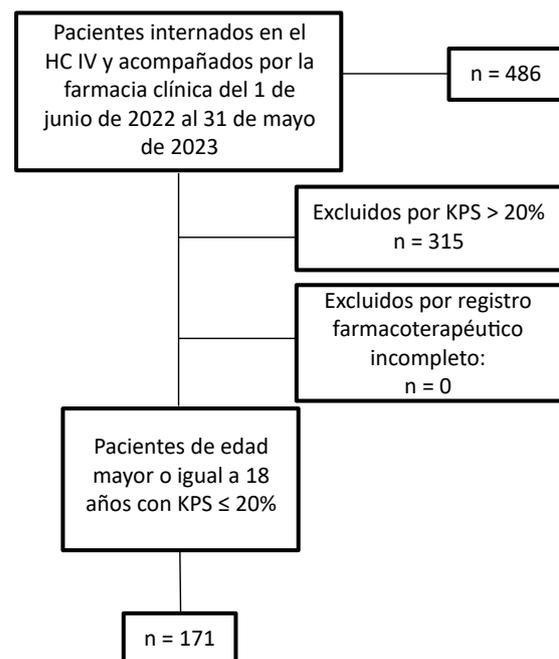


Figura 1. Flujograma de selección de pacientes para el estudio

Leyendas: HCIV = Hospital del Cáncer IV; KPS = *Karnofsky Performance Status*.



Tabla 1. Perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos acompañados por el farmacéutico (n=171)

Variables	Total n (%)
Edad (años)	
<60	67 (39,2)
≥60	104 (60,8)
Sexo	
Masculino	57 (33,3)
Femenino	114 (66,7)
Ubicación del tumor primario	
TGI	32 (18,7)
Mama	30 (17,5)
Ginecológicas	25 (14,6)
CC	19 (11,1)
Pulmón	16 (9,4)
Urológicas	16 (9,4)
Otras ^a	33 (19,3)
Comorbilidades*	
No	78 (45,6)
Sí	93 (54,4)
Número de comorbilidades (mediana/mín.y máx.)	1 (0 a 5)
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	51 (29,8)
Enfermedades del aparato circulatorio	75 (43,9)
Enfermedades del sistema nervioso	15 (8,8)
Enfermedades del aparato respiratorio	8 (4,7)
Enfermedades del aparato genitourinario	2 (1,2)
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	3 (1,8)
Enfermedades del ojo y anexos	3 (1,8)
Enfermedades del aparato digestivo	1 (0,6)
KPS (%)	
10	28 (16,4)
20	143 (83,6)

Leyendas: TGI = tracto gastrointestinal; CC= cabeza y cuello; KPS = *Karnofsky Performance Status*.

(*) Un mismo paciente puede haber tenido más de una comorbilidad.

(a) Tumores del sistema nervioso central (n=14; 8,2%); piel (n=10; 5,8%); hematológicos (n=4; 2,3%); huesos y partes blandas (n=3; 1,8%); oftálmicos (n=1; 0,6%) y desconocido (n=1; 0,6%).

El análisis del perfil farmacoterapéutico de la población estudiada demostró que las prevalencias de los PRM y de las intervenciones farmacéuticas proporcionaron resultados equivalentes (23,4%). La mayor parte de

los PRM identificados se relaciona con el uso de un medicamento que el paciente no necesita (n = 49; 53,3%). De esta forma, las intervenciones farmacéuticas se dieron principalmente para la exclusión de medicamentos (n = 55; 56,7%). De acuerdo con los PRM identificados para cada paciente, se realizaron 92 intervenciones farmacéuticas, de las cuales 86 fueron aceptadas por el prescriptor, confirmando una aceptabilidad del 93,5%. La mediana y los valores mínimos y máximos de la cantidad de medicamentos de uso regular y de medicamentos según la necesidad fueron siete (3 a 19) y dos (0 a 6), respectivamente (Tabla 2).

La prevalencia de la polifarmacia (≥ 4 medicamentos prescritos) fue del 98%. De acuerdo con los estratos de cantidad promedio de medicamentos prescritos, se constató que la mayor parte de los pacientes (n = 132; 77,2%) utilizaba de cuatro a nueve (Figura 2).

Ambos grupos de KPS presentaron baja frecuencia de prescripciones con tres medicamentos o menos. Pacientes con KPS 10% tuvieron mayor frecuencia de prescripción de cuatro a nueve medicamentos con relación a aquellos con KPS 20% (89,3% vs. 74,8%, respectivamente). Por otro lado, pacientes con KPS 20% tuvieron mayor frecuencia de prescripción de diez o más medicamentos comparados con aquellos con KPS 10% (23,1% vs. 7,1%, respectivamente). Se comprobó diferencia estadísticamente significativa de los estratos de cantidad de medicamentos prescritos de acuerdo con el KPS ($p = 0,003$) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

El cáncer es una enfermedad que afecta principalmente a la población senil, considerando que más del 60% de los casos ocurren en mayores de 60 años, como también se observó en este estudio. De todos los casos de cáncer en el mundo, cerca del 70% ocurren después de los 65 años de edad³⁰. En el Brasil, las tasas de incidencia y prevalencia para todos los tipos de cáncer son tres o cuatro veces mayores en los ancianos con relación a los adultos³¹.

Este aumento de incidencia resulta principalmente de las transiciones demográfica y epidemiológica por las cuales el mundo está pasando³². En el escenario demográfico, se observa una reducción en las tasas de fertilidad, de la mortalidad infantil y un aumento en la proporción de ancianos en la población. Ya desde el punto de vista epidemiológico, se viene dando la sustitución gradual de la mortalidad por enfermedades infecciosas por las muertes relacionadas a enfermedades crónicas. El envejecimiento y el cambio de comportamiento y del ambiente, incluyendo cambios en la movilidad, en la dieta y en la exposición a contaminantes ambientales,



Tabla 2. Perfil farmacoterapéutico de pacientes con cáncer en cuidados paliativos acompañados por el farmacéutico (n=171)

Variables	Total n (%)
PRM	
No	131 (76,6)
Sí	40 (23,4)
Clasificación de los PRM*	
Utiliza medicamento que no necesita	49 (53,3)
No utiliza medicamento que necesita	13 (14,1)
Medicamento con dosis menor que la necesaria	9 (9,8)
Medicamento con dosis mayor que la necesaria	7 (7,6)
Medicamento que no es efectivo para el paciente	0
Medicamento provoca reacciones adversas	0
Otros ^a	14 (15,2)
Número de los PRM identificados (conteo)	92
Número de medicamentos relacionados a PRM (mediana/mín.y máx.)	2 (1 a 7)
Intervención farmacéutica	
No	131 (76,6)
Sí	40 (23,4)
Clasificación de la intervención farmacéutica**	
Exclusión de medicamento	55 (56,7)
Inclusión de medicamento	16 (16,5)
Ajuste de dosis	13 (13,4)
Ajuste de frecuencia	5 (5,2)
Sustitución de medicamento de la misma clase terapéutica	1 (1,0)
Alteración de forma farmacéutica	1 (1,0)
Alteración de vía	1 (1,0)
Otros ^b	5 (5,2)
Número de intervenciones farmacéuticas realizadas (conteo)	92
Número de intervenciones farmacéuticas aceptadas (conteo)	86
Aceptabilidad de las intervenciones realizadas (%)	93,5
Medicamentos de uso regular prescritos (mediana/mín.y máx.)	7 (3 a 19)
Medicamentos prescritos según la necesidad (mediana/mín.y máx.)	2 (0 a 6)

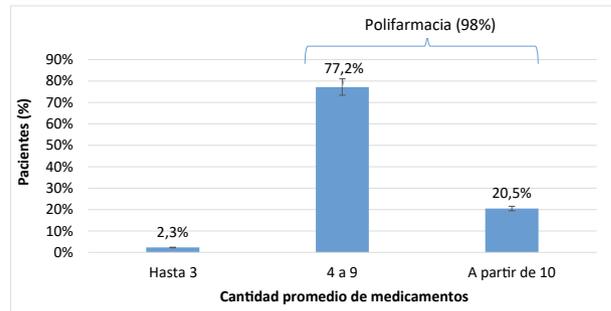
Leyenda: PRM = problemas relacionados a medicamentos.

(*) Un mismo paciente puede haber tenido más de un tipo de PRM y cada tipo de PRM puede haber ocurrido más de una vez.

(**) Un mismo paciente puede haber tenido más de un tipo de intervención farmacéutica y cada tipo de intervención farmacéutica puede haber sucedido más de una vez.

(a) Monitoreo de glicemia en pacientes sin beneficio clínico, duplicidad terapéutica, vía de administración incompatible y unidades de medida discrepantes.

(b) Exclusión del monitoreo de glicemia por la condición clínica del paciente y solicitud de ajustes en las unidades de medida prescritas.


Figura 2. Estratos de cantidad promedio de medicamentos prescritos para pacientes con cáncer en cuidados paliativos acompañados por el farmacéutico (n=171)

contribuyen para el aumento de la incidencia y de la mortalidad por cáncer³³.

Según el INCA, los tipos de cáncer más incidentes en el Brasil, excluyendo los casos de cáncer de piel no melanoma, son mama (10,5%), próstata (10,2%) y colorrectal (6,5%)³⁴. En un panorama más amplio, el *Global Cancer Observatory* (Globocan) señala al cáncer de pulmón como el más incidente en el mundo (12,4%), seguido por los cánceres de mama femenina (11,6%) y colorrectal (9,6%)³⁵. Sin embargo, se observó en el presente estudio que el principal sitio primario de cáncer fue el tracto gastrointestinal. Esto se debe al hecho de que este sitio tumoral engloba diferentes tipos de cáncer, como colon, recto, estómago y canal anal. Siendo así, este agrupamiento contribuyó para una elevada incidencia de dicho sitio tumoral en la población en cuestión.

En cuanto al género, las estadísticas globales demostraron que la tasa ajustada de incidencia de cáncer fue mayor en hombres que en mujeres³⁵. En el Brasil, esta tasa de incidencia, excluyendo al cáncer de piel no melanoma, fue 17% mayor en hombres (tasa ajustada = 185,61) que en mujeres (tasa ajustada = 154,08), siendo considerada intermedia y compatible con las tasas presentadas para países en desarrollo³⁴. Tales estimaciones obtenidas por sexo no fueron observadas en el presente estudio, cuya población es mayormente femenina. Aun así, datos nacionales señalaron que los promedios de edad del primer diagnóstico de los cánceres de próstata y de mama fueron de 65,7 y de 49,0 años, denotando diferencias significativas respecto a la edad en que ocurre la mayor incidencia y prevalencia de los principales tipos que atacan a hombres y mujeres³⁶. De esta forma, la prevalencia del público femenino y la baja incidencia de cáncer de próstata demostrados en este estudio pueden ser resultado del gran número de individuos mayores de 60 años.

Considerando que dos tercios de los individuos estudiados eran de sexo femenino, el perfil epidemiológico con enfoque en la ubicación del tumor presentó gran similitud con las estimaciones nacionales y mundiales direccionadas hacia las mujeres. En el Brasil, con excepción



Tabla 3. Estratos de cantidad promedio de medicamentos prescritos para pacientes con cáncer en cuidados paliativos de acuerdo con la escala de KPS (n=171)

Variables	Cantidad de medicamentos			p*
	≤ 3 (n = 4; 2,3%)	4 a 9 (n = 132; 77,2%)	≥ 10 (n = 35; 20,5%)	
KPS (%)				
10	1 (3,6)	25 (89,3)	2 (7,1)	0,003
20	3 (2,1)	107 (74,8)	33 (23,1)	

Leyenda: KPS = *Karnofsky Performance Status*.

(*) Prueba ji al cuadrado de Pearson o exacta de Fisher.

de los cánceres de piel no melanoma, los tipos de cáncer más incidentes en la población femenina son mama (20,3%); colorrectal (6,5%) y cuello uterino (4,7%)³⁴. Tales sitios tumorales configuran los tres principales tipos de cáncer encontrados en la población de este estudio. En un análisis global, para países con índice bajo o medio de desarrollo humano (IDH), las tasas ajustadas de incidencia de cáncer de mama también son las mayores y el segundo más incidente es el cáncer del cuello uterino³².

En general, ciertas comorbilidades desafían aún más el pronóstico y el bienestar de los pacientes con cáncer, pudiendo estar positivamente asociadas al diagnóstico de la enfermedad en estadio avanzado. Algunos estudios buscan evaluar este tópico, puesto que la asociación entre estos dos factores aún es poco comprendida. Entre esos trabajos, se destaca un metaanálisis compuesto por 37 estudios, incluyendo pacientes con diversos tipos de cáncer, como mama, pulmón, colorrectal y próstata. El estudio obtuvo evidencias significativas de que la diabetes *mellitus* fue positivamente asociada al diagnóstico de cáncer en estadio avanzado³⁷.

Otro metaanálisis obtuvo resultados relevantes derivados de la relación entre comorbilidad y cáncer. Este segundo trabajo contó con 29 artículos y más de 11 000 casos de cáncer de mama. En el análisis de subgrupos, el estudio encontró una asociación positiva entre hipertensión e incidencia de cáncer de mama entre mujeres en la posmenopausia³⁸. Tanto los disturbios del aparato circulatorio como los disturbios metabólicos, que incluyen hipertensión arterial y diabetes, respectivamente, fueron las principales comorbilidades observadas en el presente estudio.

La farmacoterapia desempeña un papel crucial en el manejo de los síntomas en cuidados paliativos y está asociada a los riesgos que pueden originar PRM³⁹. Los farmacéuticos pueden identificar PRM y aconsejar a los prescriptores la optimización de la terapia medicamentosa⁴⁰. Con base en el perfil farmacoterapéutico, se vio en el presente estudio que más de la mitad de los PRM identificados estaban relacionados al uso de un medicamento que el paciente no necesitaba, siendo realizadas intervenciones con la

intención de retirar la prescripción de los medicamentos. Tales tendencias también fueron constatadas en un trabajo de base poblacional semejante³⁹.

El referido estudio fue publicado en 2023 y analizó la seguridad de la terapia medicamentosa de 284 pacientes paliativos en un hospital universitario regional. En ese contexto, la “terapia medicamentosa innecesaria” también fue considerada un PRM bastante común. En términos de aceptabilidad, el mismo estudio proporcionó un número elevado de aceptación de las intervenciones realizadas (87%)³⁹. De esta forma, se puede decir que el presente trabajo obtuvo un porcentaje de aceptabilidad bastante semejante, considerando que el 93,5% de las intervenciones fue aceptada.

Las comorbilidades, cuando se combinan con su diagnóstico oncológico primario, aumentan el riesgo de polifarmacia, debido al número de medicamentos prescritos para tratar tanto las condiciones subyacentes como los síntomas relacionados al cáncer. Un estudio publicado en 2022 buscó evaluar las tendencias de prescripción en el final de vida de 115 pacientes internados en una unidad de cuidados paliativos. En ese contexto, se demostró que la mediana de los medicamentos prescritos era de siete y la de aquellos utilizados “según necesidad” era de tres⁴¹. El presente trabajo evidenció tendencias de prescripción semejantes en la institución estudiada, dado que las medianas de medicamentos regulares y según la necesidad fueron siete y dos, respectivamente. Tales medianas también dan base a los datos obtenidos en términos de polifarmacia, teniendo en consideración que la mayoría de los pacientes hacía uso de cuatro a nueve medicamentos durante el período de hospitalización (77,2%).

El retiro de la prescripción de medicamentos no benéficos o ineficaces puede reducir la polifarmacia en cuidados paliativos⁴². Sin embargo, diversos estudios demuestran el uso de medicamentos de beneficio limitado en el final de vida, a pesar del consenso clínico y de las evidencias de que la discontinuación de algunos de esos medicamentos no aumentó la mortalidad o redujo la calidad de vida. Currow *et al.*⁴³ evaluaron a 260 pacientes

australianos en el final de vida y concluyeron que medicamentos para algunas comorbilidades, especialmente para prevención secundaria, eran continuados por más tiempo del clínicamente indicado⁴⁴. En consonancia, un estudio holandés con 155 pacientes con expectativa de vida de tres meses o menos observó que todas las otras clases de medicamentos no paliativos disminuyeron entre la admisión y la fecha de la muerte, aunque había todavía pacientes muriendo con medicamentos que no se usan para control de los síntomas⁴⁴.

El presente estudio sigue los resultados de trabajos anteriores, pues también constató que los pacientes con fin de vida próximo reciben medicamentos considerados inadecuados en el contexto de la disminución de la vida. Tales datos se evidencian por el elevado índice de polifarmacia presentado por los pacientes, especialmente aquellos que se encuentran en riesgo de muerte inminente (KPS 10%), cuya terapia medicamentosa debería estar enfocada en el alivio del sufrimiento y en el confort.

Con relación a las limitaciones del estudio, se puede citar el desarrollo del servicio de revisión de la farmacoterapia en solo dos de los cuatro pisos de la institución destinados a la internación hospitalaria. Otra limitación es el bajo número de trabajos publicados que evalúan el impacto de la revisión farmacoterapéutica en la identificación y resolución de PRM, así como su contribución para reducir la polifarmacia. Sumado a esto, la aceptabilidad de las intervenciones farmacéuticas es un proceso variable de acuerdo con el perfil del hospital, enfermería y cuerpo clínico responsable por las prescripciones. Por lo tanto, la ampliación del servicio de revisión para todo el hospital se vuelve una perspectiva futura, con el objetivo de confirmar la representatividad de los datos obtenidos con el presente estudio y fomentar nuevos trabajos.

CONCLUSIÓN

Mediante el análisis crítico y estructurado de los medicamentos utilizados por los pacientes internados en la institución, fue posible que el farmacéutico identificase los PRM responsables por generar resultados negativos asociados a la farmacoterapia, como el uso de medicamentos no apropiados para la condición clínica actual del paciente, síntomas no manejados e interacciones medicamentosas. Así, este profesional fue capaz de realizar intervenciones preventivas y correctivas que proporcionaron mejores resultados terapéuticos y mayor seguridad para los pacientes en tratamiento, garantizando el uso racional de los medicamentos. Por lo tanto, el estudio en cuestión señala la importancia del servicio de revisión de la farmacoterapia en la optimización de los

regímenes de tratamiento utilizados por pacientes con cáncer en cuidados paliativos y refuerza la gran necesidad de evaluar el retiro de la prescripción de medicamentos para pacientes en el final de su vida.

APORTES

Raí Martins Melo contribuyó substancialmente en la concepción y en el planeamiento del estudio; y en la redacción. Luana do Amaral Brasileiro y Victoria Mendes de Lima contribuyeron substancialmente en la concepción y en el planeamiento del estudio; y en la revisión crítica. Luciana Favoreto Vieira Mattos contribuyó en la redacción y revisión crítica. Livia da Costa de Oliveira contribuyó en el análisis e interpretación de los datos. Todos los autores aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548-54. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>
2. World Health Organization. Medication without harm – global patient safety challenge on medication safety [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. [acceso 2023 abr 21]. Disponible em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
3. Pereira KG, Peres MA, Iop D, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(2):335-44. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>
4. Nascimento RCRM, Alvares J, Guerra-Junior AA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl 2):19s. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007136>
5. Saraf AA, Petersen AW, Simmons SF, et al. Medications associated with geriatric syndromes and their prevalence in older hospitalized adults discharged to skilled nursing facilities. *J Hosp Med*. 2016;11(10):694-700. doi: <https://doi.org/10.1002/jhm.2614>
6. World Health Organization. World alliance for patient safety, the research priority setting working



- group. Summary of the evidence on patient safety: implications for research [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. [acesso 2023 nov 17]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(2):CD008986. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008986.pub3>
 8. Dautzenberg L, Bretagne L, Koek HL, et al. Medication review interventions to reduce hospital readmissions in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69:1646-58. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.17041>
 9. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. A guide to medication review [Internet]. Liverpool: Keele University; NPC Plus & Medicines Partnership; 2008. [acesso 2023 out 14]. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/52%20-%20CLYNE%20W%20A%20guide%20to%20medication%20review%202008.pdf>
 10. Conselho Federal de Farmacia (BR). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual [Internet]. Brasília, DF: PROFAR; 2016. [acesso em 2023 dez 8]. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf
 11. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes [Internet]. Manchester: NICE guideline; 2015. [acesso 2024 jan 23]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/resources/medicines-optimisation-the-safe-and-effective-use-of-medicines-to-enable-the-best-possible-outcomes-pdf-51041805253>
 12. Beuscart JB, Pelayo S, Robert L, et al. Medication review and reconciliation in older adults. *Eur Geriatr Med.* 2021;(12):499-507. doi: <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00449-9>
 13. Blenkinsopp A, Bond C, Raynor DK. Medication reviews. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;74(4):573-80. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04331.x>
 14. Pharmaceutical Care Network Europe. Classification for drug related problems – Version 9.1 [Internet]. Zuidlaren: PCNE; 2020. [acesso 2023 maio 28]. Disponível em: https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf
 15. Morin L, Johnell K, Laroche ML, et al. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. *Clin Epidemiol.* 2018;2018(10):289-98. doi: <https://doi.org/10.2147/CLEP.S153458>
 16. Auvinen KJ, Räsänen J, Voutilainen A, et al. Interprofessional medication assessment has effects on the quality of medication among home care patients: randomized controlled intervention study. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;20(1):74-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.007>
 17. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Geneva: World Health Organization; 2019.
 18. Conselho Regional de Farmácia (SP). São Paulo: CRF-SP; 2000. Ministério da Saúde normatiza cuidados paliativosno SUS, 2018 nov 23. [acesso 2023 dez 15]. Disponível em: <https://crfsp.org.br/noticias/10197-sus-cuidados-paliativos.html>
 19. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vamos falar de cuidados paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: SBGG; 2015. [acesso 2023 jun 23]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>
 20. Bittencourt NCCM, Santos KA, Mesquita MGR, et al. Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. *Esc Anna Nery.* 2021;25(4):e20200520. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>
 21. Rabelo ML, Borella MLL. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. *Rev Dor.* 2013;14(1):58-60. doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000100014>
 22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução CNS n.º 466/2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n.º 196/96, 303/2000 e 404/2008 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013. [acesso 2023 jul 12]; Seção I:59. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 23. Gospodarowicz MK, Wittekind C, Brierley JD, editors. TNM: classificação de tumores malignos. Eisenberg ALA, tradução. 8. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [2024 jan 25]
 24. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, et al. Breast cancer-major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(4):290-303. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21393>
 25. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, et al. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP; 2011.
 26. Karnofsky DA, Burchenal JH. Experimental observations on the effects of the nitrogen mustards on neoplastic tissues. *Cancer Res.* 1947;7(1):50.
 27. Comité de Consenso. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm* [Internet]. 2002 [acesso 2023 nov 20];43(3-4):175-84. Disponível em: <https://www.ugr.es/~ars/abstract/43-179-02.pdf>



28. Otero-Lopez MJ, Castaño Rodríguez a B, PérezEncinas M, et al. Updated classification for medication errors by the Ruiz-Jarabo 2000 Group. *Farm Hosp.* 2008;32(1):38-52. doi: [https://doi.org/10.1016/s1130-6343\(08\)72808-3](https://doi.org/10.1016/s1130-6343(08)72808-3)
29. StataR [Internet]. Versão 15.0. Lakeway: StataCorp LLC; 1996–2024c. [acesso 2023 nov 20]. Disponível em: <https://www.stata.com/>
30. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
31. Oliveira MBP, Souza NR, Bushatsky M, et al. Oncological homecare: family and caregiver perception of palliative care. *Esc Anna Nery.* 2017;21(2):e20170030. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170030>
32. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
33. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors. World cancer report: cancer research for cancer prevention [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020. [acesso 2024 fev 6]. Disponível em: <https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/IARC%20World%20Cancer%20Report%202020.pdf>
34. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. [acesso 2023 maio 22]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
35. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;1-35. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
36. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18:146-57. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060013>
37. Boakye D, Günther K, Niedermaier T, et al. Associations between comorbidities and advanced stage diagnosis of lung, breast, colorectal, and prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol.* 2021;75:102054. doi: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2021.102054>
38. Han H, Guo W, Shi W, et al. Hypertension and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7:44877. doi: <https://doi.org/10.1038/srep44877>
39. Krumm L, Bausewein C, Remi C. Drug therapy safety in palliative care - pharmaceutical analysis of medication processes in palliative care. *Pharmacy (Basel).* 2023;11(5):160. doi: <https://doi.org/10.3390/pharmacy11050160>
40. Wernli U, Hischier D, Meier CR, et al. Pharmacists' clinical roles and activities in inpatient hospice and palliative care: a scoping review. *Int J Clin Pharm.* 2023;45(3):577-86. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01535-7>
41. Peralta T, Castel-Branco MM, Reis-Pina P, et al. Prescription trends at the end of life in a palliative care unit: observational study. *BMC Palliat Care.* 2022; 21(1):65. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00954-z>
42. Duncan I, Maxwell TL, Huynh N, et al. Polypharmacy, medication possession, and deprescribing of potentially non-beneficial drugs in hospice patients. *Am J Hosp Palliat Med.* 2020;37(12):1076-85. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909120939091>
43. Currow DC, Stevenson JP, Abernethy AP, et al. Prescribing in palliative care as death approaches. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(4):590-95. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01124.x>
44. Van Nordennen RTCM, Lavrijsen JCM, Heesterbeek MJAB, et al. Changes in prescribed drugs between admission and the end of life in patients admitted palliative care facilities. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(6):514-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.015>

Recebido em 19/4/2024
Aprovado em 26/6/2024

