

CAPÍTULO 6. PRINCIPIOS DEL USO FARMACOLÓGICO EN CUIDADOS PALIATIVOS.

6.1 Introducción.

Como ya se ha documentado en apartados previos de este manual, la suma de patologías, la cronicidad y la complejidad sintomática son características habituales en los pacientes con necesidades de cuidados paliativos. En la enfermedad avanzada los órganos y sistemas afectados son muchos y, particularmente, las alteraciones de hígado y riñón pueden ser determinantes en la capacidad de metabolización y eliminación de la mayor parte de los fármacos utilizados, todo lo cual, se hace mucho más patente en los pacientes ancianos (1, 2). Se sabe que los rangos de edad más altos son más sensibles a los fármacos y, paradójicamente, utilizan más cantidad que en edades más jóvenes y participan menos en los estudios en los que se fundamentan muchas de las indicaciones y pautas de prescripción (2, 3, 4).

La presencia de varias enfermedades y la multiplicidad de síntomas propician la suma de diferentes medicamentos como parte de las opciones terapéuticas disponibles para su manejo, no obstante, esto puede ser realizado de una manera apropiada o, por el contrario, constituir un riesgo elevado de efectos indeseables de los fármacos. La edad avanzada, la fragilidad, la multiplicidad de prescriptores y/o de dispensadores, son factores que incrementan la vulnerabilidad y el riesgo de un uso inadecuado de los fármacos. (1, 2, 5, 6, 7, 8). Además, el uso frecuente de medicamentos sin prescripción médica (auto-prescripción), la continuidad de tratamientos por enfermedades previas, parafarmacia y/u otras prescripciones, muchas veces, sin un origen cierto, complican y agravan los riesgos inherentes a una polifarmacia inadecuada (6, 7).

Por otra parte, en el ámbito de la atención paliativa, los factores psicológicos y socio-familiares ejercen potencialmente una gran influencia sobre el bienestar físico, por tanto, ni sólo los fármacos constituyen el instrumento para abordar el control de síntomas ni las respuestas farmacológicas escapan a la influencia de aquellos otros factores. Para el manejo y control de muchos de los síntomas, el uso simultáneo de las medidas no farmacológicas es tan importante o más que la propia farmacología (1, 6, 8). Es imprescindible un enfoque integral de la atención de los pacientes paliativos y sus familiares como premisa de una atención paliativa de calidad. (8, 9, 10, 11, 12).

Sin embargo, en la medicina paliativa la polifarmacia es muchas veces necesaria e inevitable y, por ello, los riesgos de efectos adversos y de interacción de drogas son altos (1,2, 6, 7, 13). Es más, se ha comprobado en el paciente anciano la asociación del tratamiento con fármacos como las benzodiacepinas o los anticolinérgicos con una reducción de la capacidad funcional (14) y tomando cinco o más fármacos, un riesgo elevado de caídas y delirium (1). (Tabla 6.1).

PRECAUCIONES ESPECÍFICAS EN RELACIÓN CON LA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN EL ANCIANO
Antimuscarínicos Caídas, delirium, retención urinaria, estreñimiento.
Antihipertensivos, digoxina, psicotropos Los efectos secundarios son más comunes. Utilizar en dosis bajas y monitorizar estrechamente.
Diuréticos No utilizar de manera prolongada en el tiempo para tratar edemas posturales o por hipoproteinemia.
Hipoglucemiantes Clorpropamida y gibenclamida deben evitarse por su larga vida media.
Sedantes nocturnos (hipnóticos) Alteraciones cognitivas, caídas, delirium, fracturas. Utilizar por periodos de tiempo cortos y fármacos de vida media corta. No hay evidencias de que Zopiclona o Zolpidem sean mejor tolerados.
Nitrofurantoina Toxicidad pulmonar; falta de eficacia en pacientes con aclaramiento de creatinina <60 ml/min debido a una inadecuada concentración en orina.
Antiinflamatorios No Esteroideos (AINEs) El sangrado gastrointestinal (GI) severo o fatal es más común. Representan un riesgo especial en pacientes con enfermedad cardíaca (retención líquida) o insuficiencia renal (se puede exacerbar). Utilizar tratamiento no farmacológicos y paracetamol antes de prescribir un AINE en bajas dosis como, por ejemplo, naproxeno 250mg 2 veces/día o ibuprofen 200–400mg 3 veces/día.
Antidepresivos Tricíclicos Hipotensión postural, sedación, delirium, caídas y fractura femoral.
Warfarina Se precisan dosis de mantenimiento inferiores, generalmente, y la complicación por sangrado es frecuentemente más seria.

Tabla 6.1. Tomada y traducida de (1): Twycroos R, Wilcok A, editors. Guidance about prescribing in palliative care. Twycroos R and Wilcok A, editors. Palliative Care Formulary.PDF version 2013.Nottingham: palliativedrugs.com Ltd 2013

La mayor parte de los tratamientos farmacológicos que se van a utilizar en el paciente paliativo están orientados no tanto a obtener la curación de una enfermedad como a controlar los síntomas, es decir, a incrementar/mejorar el bienestar y confort del paciente y de su entorno socio-familiar (9). Este objetivo final y los objetivos intermedios necesarios, deben hablarse y consensuarse con el paciente y sus cuidadores-familiares. La adherencia terapéutica, los tratamientos “off-label”, la cumplimentación de pautas y horarios, la elección de presentaciones y vías de

administración, constituyen algunos de los aspectos esenciales que requieren ser informados de manera continuada en el tiempo tanto a pacientes y familiares como al resto de profesionales implicados en la atención interdisciplinar (1, 6, 8, 15, 16, 17). La exigencia para los profesionales en cuidados paliativos en materia de tratamiento farmacológico es encontrar el/los fármaco/os adecuados que ayuden al control de los síntomas sin añadir efectos secundarios aún peores que los propios síntomas y sin generar regímenes terapéuticos que compliquen o pongan en riesgo tanto la calidad de vida del paciente como la capacidad de los cuidadores.

6.2 Criterios en la Selección de Fármacos en Cuidados Paliativos.

En el ámbito de la medicina paliativa, la máxima “diagnosticar antes de tratar” debe seguir siendo un pilar fundamental en la actuación profesional pues, con frecuencia, independientemente de la enfermedad/es de base, el mismo síntoma puede obedecer a mecanismos diferentes, lo que conllevaría diferentes posibilidades de intervención (1). Por otra parte, una prescripción “experta” marcará la diferencia entre un buen o un mal control sintomático. En este sentido, existen una serie de características que conforman los criterios básicos para la selección de fármacos en cuidados paliativos (18):

- Un fármaco debe facilitar el control de varios síntomas, lo cual, contribuirá a reducir el número de posibles interacciones farmacológicas, máxime si el mismo fármaco dispone de un perfil reducido en cuanto a sus potenciales interacciones.
- Los fármacos deben ofrecer versatilidad a la hora de su administración por diferentes vías.
- La “ventana” terapéutica debe ser amplia y facilitar una cómoda dosificación, carecer de techo terapéutico y ofrecer un adecuado balance de coste-eficacia.

Organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), departamentos nacionales de la salud de distintos países, diferentes sociedades científicas y expertos farmacéuticos y del ámbito de la geriatría y de los cuidados paliativos (2, 8, 13, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25), han publicado y continúan publicando estudios sobre fármacos de aplicación en cuidados paliativos, recogiendo sus indicaciones, riesgos, efectos secundarios y limitaciones, estableciendo paralelamente criterios definitorios de su idoneidad para el uso en este ámbito.

6.3 Principios del tratamiento farmacológico.

Los fármacos solamente deben utilizarse después de haber realizado una historia clínica completa (que debe incluir una historia farmacológica precisa) y una valoración sistemática que implican (1, 8, 9, 10, 15):

- **EVALUAR** antes de tratar. Los síntomas en las enfermedades avanzadas, con frecuencia, responden a más de un mecanismo etiopatogénico. Es preciso identificar/los y sopesar su implicación en su expresión clínica para elegir el/los fármaco/s que mejor perfil pueda/n aportar.
- **EXPLICAR el “POR QUÉ”** facilita conocer el **CÓMO**. Es más probable que un tratamiento-farmacológico o no- sea eficaz si el paciente y los familiares tienen información, inteligible y ajustada a sus capacidades, sobre las causas que están provocando el/los síntoma/s. La información sobre qué efectos se pretenden conseguir - tanto deseables como no deseables- incrementará la colaboración y redundará en una relación médico-paciente fluida en la que el intercambio de datos facilitará el seguimiento de las “respuestas” al/los tratamiento/s.
- **ESTRATEGIAS MIXTAS** que abran las opciones para abordar con mayores garantías la complejidad de las situaciones clínicas y la etiología a menudo múltiple de los síntomas. No se debe “apostar” todo el éxito de un tratamiento a una “sola carta”. Cualquier tratamiento de un síntoma debe hacerse buscando la suma de medidas cuyo cumplimiento amplifica los resultados: *abordar el insomnio sólo con fármacos hipnóticos tendrá una peor respuesta que si asociamos al tratamiento medidas para corregir interferencias con la higiene del sueño, por ejemplo, reducir sueño diurno, evitar fatiga excesiva, modificar la administración de fármacos que interfieren con el sueño (corticoides, diuréticos), tratar otros síntomas asociados (dolor, miedo, ansiedad, tos, etc.).*
- **OBJETIVOS** ajustados a la enfermedad entendida como un proceso evolutivo y cambiante. Los objetivos terapéuticos deben irse marcando y revisando de manera continuada, adaptándolos a las situaciones que se van produciendo: *Conseguir controlar “los vómitos” permitirá en un primer momento tolerar la ingesta de líquidos, en un segundo momento puede ser la de alimentos.*
- **ANTICIPAR** nuevas situaciones, por ejemplo, edemas por inmovilidad, puede permitir introducir medidas terapéuticas con intención preventiva además de reducir el impacto de la aparición del nuevo síntoma.
- **La INDIVIDUALIZACIÓN** de los tratamientos ha de ser siempre una máxima en lo cuidados paliativos. Ninguna situación clínica es igual a otra. Con frecuencia el

paciente paliativo ha recibido previamente múltiples instrucciones terapéuticas y posee una amplia experiencia de uso de fármacos. Plantear las opciones de tratamiento y facilitar las decisiones consensuadas con el paciente y familiares, resuelve dudas y modifica percepciones erróneas fruto de la interpretación subjetiva.

- **MONITORIZAR** el síntoma utilizando unidades de medida siempre reproducibles e interpretables por el equipo: escalas analógicas, registros, actividades recuperadas/perdidas, distancias recorridas, tiempos de reposo, etc. Es muy difícil medir síntomas subjetivos (dolor, astenia, náuseas, depresión, etc.) pues los términos en los que el paciente o los familiares hacen referencia a la intensidad de un síntoma resultan a menudo discrepantes entre ellos mismos y, habitualmente, de difícil interpretación para los profesionales. Cualquier sistema de medida es válido siempre que para cada situación/paciente/familia y para cada equipo facilite la obtención de una evaluación que permita identificar las modificaciones que los síntomas han experimentado.
- **Los “PEQUEÑOS DETALLES”**, corren el riesgo de perderse o quedarse sin abordar pues, con frecuencia, por un lado las expectativas de recibir ayuda y alivio que se desencadenan en el paciente y familiares y, por otro lado, la exigencia compleja que las situaciones paliativas generan en los profesionales, dirigen la atención de unos y otros hacia lo “importante”. Para el paciente y familiares puede resultar irrespetuoso y tener la impresión de que pueden importunar a los profesionales con cuestiones que “si ellos no lo dicen, será porque no tiene importancia”. Los profesionales han de explicar y escribir las prescripciones. Las palabras, los gestos, los miedos, los sentimientos de soledad, las dudas, la ansiedad, la tristeza y, ni siquiera la alegría, a veces tienen hueco en el acto terapéutico. Prestar atención a los pequeños detalles puede permitir recibir información de gran valor cuantitativo y cualitativo tanto para mejorar la respuesta a los tratamientos como para reducir los efectos secundarios o prevenir la aparición de complicaciones iatrogénicas.
- Controlar un síntoma no implica su eliminación y menos el tratamiento curativo de la causa que lo genera. Es importante **EXPLICAR** “¿por qué y cuáles” son los tratamientos que han de ser administrados de manera continuada en el tiempo para **mantener** controlado el síntoma (por ejemplo el dolor). No hacerlo de esta manera, genera con frecuencia interpretaciones de empeoramiento o ineficacia que interfieren de manera poderosa en la relación de confianza terapéutica. También es necesario revisar sistemáticamente otros fármacos existentes en el plan terapéutico y, si es adecuado, retirar o modificar pautas o dosis, **explicando**

también el “¿por qué y el cómo?”. Con frecuencia, el paciente lleva tomando fármacos desde hace mucho tiempo y, para alguno/s de esos fármacos, la retirada del fármaco “sin más” chocaría con la percepción subjetiva generada (bien por la importancia de la patología para la que fue prescrito o bien por el énfasis que el prescriptor puso en el momento de su prescripción, o ambas) y esto puede traducirse en desconfianza y/o en generar nuevos miedos o síntomas.

- La medicación “**A DEMANDA**” reduce la ansiedad y el miedo a “no saber qué hacer” y, junto a la explicación adecuada, reduce las interpretaciones erróneas de progresión o empeoramiento fatal de los procesos o de la ineficacia y fracaso de los tratamientos. Existen síntomas que aparecerán siempre que se produzcan o repitan las circunstancias que los desencadenan. El dolor incidental asociado a una cura o a un movimiento, el estreñimiento o el vómito en relación con el tratamiento opioide, la tos o la disnea con los cambios de posición o los esfuerzos, etc. Estos y otros muchos síntomas son susceptibles de **prevención**, tanto en lo que se refiere a su explicación causal como en los que se refiere a su tratamiento.
- **REVISAR**, entendiendo el concepto como un proceso continuado y repetido en el tiempo para conocer los cambios que se van produciendo, ajustar las dosis y las pautas de prescripción, diagnosticar nuevos problemas, anticipar síntomas y complicaciones, etc., en definitiva, sin perder de vista el objetivo final del tratamiento, caminar paso a paso en la senda de conseguir *los máximos beneficios para el paciente con los mínimos efectos secundarios posibles*.
- **INSTRUCCIONES ESCRITAS Y CLARAS**, son una exigencia del acto terapéutico. El nombre de los fármacos, indicación, presentación, vía de administración, dosis, horarios, coincidencia con otros y/o con alimentos, etc. Todos estos datos han de quedar registrados de manera que sea inteligible para el paciente y familiares. Se debe investigar si existen dificultades para la lectura y buscar alternativas que permitan que esta información llegue a su destino (colores, símbolos, bandejas de medicación diaria/semanal, etc.).

Ya hemos mencionado previamente que no sólo los fármacos han de ser el instrumento de tratamiento en el paciente paliativo. En este sentido, hay muchas circunstancias en las que recibir el **CONSEJO/APOYO** de los profesionales, máxime cuando se ha establecido un vínculo de confianza, tiene un efecto terapéutico de máxima intensidad. Desde nuestra perspectiva, la experiencia de trabajo en el ámbito domiciliario contribuye en los profesionales a tener conciencia de las dificultades que se generan en el paciente-familia desde que se produce la prescripción de los tratamientos en una consulta hasta que se implementan en el domicilio. La ansiedad

durante el proceso de explicación, la variabilidad y complejidad de los nombres de los fármacos, incluso diferencias entre nombres de prescripción y receta, las múltiples instrucciones, las limitaciones culturales, el desánimo y los efectos de los fármacos que ya se están tomando, con frecuencia, contribuyen a ello. Un instrumento de efecto terapéutico “casi” insospechado y magnífico es el **TELÉFONO**. Quizás en un futuro su utilidad decrezca en beneficio de las “consultas virtuales o las páginas web” donde los pacientes puedan revisar sus pautas y colgar sus dudas. En la actualidad, sin embargo, es un instrumento accesible para la gran mayoría de los ciudadanos y, sin necesidad de descolgarlo, ya ejerce su efecto. Su uso en el ámbito de la dependencia es una realidad, no obstante, hoy por hoy es un recurso limitado a colectivos concretos.

Nuestra experiencia profesional en el ámbito de los cuidados paliativos domiciliarios, (12), nos permite señalar al **TELÉFONO** como un medio de contacto ágil y rápido que transmite seguridad y confianza a pacientes y, también, a familiares. También a los profesionales nos permite conocer con anticipación informaciones que nos ponen sobre aviso de complicaciones y dificultades. La disponibilidad de los profesionales y de los equipos es importante-probablemente en todos los ámbitos de la salud- pero se hace una **EXIGENCIA** en el de los cuidados paliativos. Además es exigible también que el paciente o el familiar accedan a profesionales con información específica sobre el caso concreto, que les evite el paso por una cascada interminable de esperas telefónicas-profesionales que una y otra vez realizan las mismas o similares preguntas. El paciente paliativo arrastra una larga trayectoria de enfermedades, consultas, desplazamientos, procedimientos diagnósticos e intervenciones terapéuticas. Pasar de “mucho a nada o casi nada” es causa de percibir **sensaciones de abandono o pérdida de interés**. Basta un contacto telefónico regular, incluso saber que al otro lado de la línea telefónica hay profesionales que pueden proporcionar ayuda para que la confianza entre paciente/familia-equipos sea un pilar más del arsenal terapéutico.

<u>PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS</u>
• EVALUAR antes de tratar. • EXPLICAR el “POR QUÉ” facilita conocer el CÓMO. • ESTRATEGIAS MIXTAS • OBJETIVOS adaptados a la variabilidad de las situaciones. • ANTICIPACIÓN. • INDIVIDUALIZACIÓN. • MONITORIZAR.

- ***“PEQUEÑOS DETALLES”.***
- ***EXPLICAR.***
- ***Medicación “A DEMANDA”.***
- ***REVISAR, REVISAR, REVISAR.***
- ***INSTRUCCIONES ESCRITAS Y CLARAS.***
- ***CONSEJO/APOYO, TELÉFONO***

Tabla 6.2.

6.4 Fármacos esenciales.

De acuerdo con la definición de la OMS (13, 20), los fármacos “esenciales” son aquellos que satisfacen las necesidades de salud de la mayoría de la población, por lo que deben estar disponibles en todo momento en cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas apropiadas, a un precio que los individuos y la comunidad puedan pagar. A diferencia de otros ámbitos, en el caso de los fármacos utilizados en cuidados paliativos, la OMS recomienda que sean considerados como “esenciales” incluso en ausencia de programas específicos relacionados (13, 19), especialmente en lo que se refiere a los analgésicos (20).

Existe una elevada coincidencia entre los diferentes grupos farmacológicos a los que pertenecen los listados de fármacos esenciales publicados en el ámbito de los cuidados paliativos (2, 13, 18, 24, 25). En uno de los primeros estudios sobre utilización de fármacos en unidades de cuidados paliativos en Europa (25), se comprobó que hasta un 70% de las prescripciones se integraban en 10 grupos farmacológicos, tabla 6.3. También, los estudios ponen de manifiesto que, aún siendo muchas las similitudes, se encuentran también diferencias en la prescripción relacionadas con la edad, sexo y estado funcional, además de otros factores como el entorno cultural o el nivel asistencial en que se encuentran los pacientes (2, 4, 25).

Clase de Fármaco	Admisión (%)	Paciente ingresado (%)
Opioides mayores	50.3	67.9***
No-opioides	42.0	58.9***
Corticosteroides	17.8	32.4***
Laxantes	16.3	31.1***
Antieméticos	15.0	26.9***
Protector Gástrico	17.6	23.7***
Neurolépticos	5.2	19.3***
Sedantes/ansiolíticos	7.4	18.4***
Antidepresivos	9.6	15.6***
Diuréticos	12.1	14.6
Medicación antihipertensiva	12.3	8.7**
Opioides débiles	12	10
Los valores se expresan en porcentaje de pacientes tratados con el tipo/clase de fármaco en el momento de su “admisión” y durante la estancia/tiempo de tratamiento en la Unidad de Paliativos, respectivamente. Las diferencias estadísticas se marcan con *** para significación $P < 0.001$, ** para $P < 0.01$ y * $P < 0.05$.		

Tabla 6.3: Tomada y traducida de (25): Garfinkel D and Mangin D: Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. Arch. Intern. Med. 2010; 170 (18): 1648-1654

6.4 Uso de fármacos fuera de prospecto (off-label).

La “autorización de comercialización” de un fármaco significa que dicho fármaco ha sido aprobado por un organismo regulador para su utilización en humanos, con licencia para determinadas indicaciones y que puede ser comercializado por la correspondiente compañía farmacéutica (6, 16).

En cuidados paliativos es una práctica habitual el uso de fármacos “off-label” (sin etiqueta/no aprobados), que define el uso de un medicamento de manera diferente a las instrucciones aprobadas o recomendadas por el laboratorio productor, implicando tanto una indicación, una dosis, una vía de administración o un rango de edad diferentes al/los autorizado/s (6, 8, 16, 26, 27). Otro concepto de no fácil definición es el de medicamento “sin licencia o no autorizado” que incluye, por ejemplo, el producto resultante de la mezcla de dos o más fármacos en un infusor, fármacos aprobados en otros países, nuevos fármacos en proceso de obtención de licencia, fórmulas magistrales o fármacos retirados del mercado (6, 16). Si bien son necesarios más estudios para una mayor aproximación al uso real de fármacos off-label en el ámbito paliativo, los datos conocidos hoy día se estiman entre un 15% en Reino Unido y un 33% en Estados Unidos (6), lo que representa, aproximadamente, una cuarta parte de todas las prescripciones en este ámbito y las de dos tercios de los pacientes ingresados en unidades de cuidados paliativos (26, 28).

La legislación no permite a la industria la venta de fármacos para usos distintos de los que figuran en los prospectos, pero si autoriza a los médicos a su prescripción, asumiendo el médico que prescribe la responsabilidad de dicha utilización, a los farmacéuticos su dispensación y a enfermería su administración (6, 8, 16).

Una barrera para la utilización de fármacos por vía subcutánea es el desfase existente hoy día entre la evidencias científicas que avalan el uso de los fármacos por esta vía y su inclusión en los prospectos, en gran medida porque para la industria farmacéutica, a excepción de los analgésicos, el control de síntomas no representa un sector de interés (6, 8, 27, 28). Afortunadamente, el desarrollo de los cuidados paliativos conlleva un desarrollo paralelo de las investigaciones encaminadas a explorar nuevas moléculas, nuevos usos de otras ya existentes y la utilización, por ejemplo, de la vía subcutánea para su administración.

Hoy en día, la decisión de utilizar un fármaco en este sentido ha de fundamentarse en (6, 8, 16, 27):

- **Balance riesgo-beneficio**
- **Evidencia científica suficiente**
- **Experiencia clínica de los profesionales**
- **Ausencia de otras alternativas farmacológicas o no farmacológicas con mayor respaldo**

Es conveniente explicar al paciente y familiares el uso de los fármacos, las razones y fundamentos para su utilización atípica, (tabla 6.4). También, se recomienda por parte de algunas instituciones/organizaciones profesionales la obtención del consentimiento verbal o escrito, sin embargo, hay consenso en que esto último podría, en algunas situaciones, incrementar la ansiedad en el paciente y familiares (26, 28). Conviene registrar en la historia clínica todos los datos referentes a su prescripción y seguimiento. El equipo debe compartir la información y conocer los detalles a fin de evitar situaciones de confusión.

INFORMACIÓN A LOS PACIENTES SOBRE EL USO DE DROGAS “OFF-LABEL” Y/O SIN LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN
Los pacientes (o su representante) deben recibir información suficiente sobre cualquier tratamiento farmacológico propuesto para que puedan tomar una decisión informada. Las preguntas que se susciten, deben ser respondidas completa y honestamente.
Algunos medicamentos se utilizan habitualmente “off-label”, por ejemplo, en el

INFORMACIÓN A LOS PACIENTES SOBRE EL USO DE DROGAS “OFF-LABEL” Y/O SIN LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

tratamiento de los niños y en los cuidados paliativos.

En situaciones de emergencia o cuando no existe un tratamiento alternativo realista, el plantear la existencia o no de licencia para el uso del fármaco puede causar angustia y no resulta práctico ni necesario llamar la atención sobre la cuestión.

En otras situaciones, cuando la prescripción de un medicamento no autorizado se realiza en base al apoyo de una guía clínica reconocida, puede ser suficiente describir en términos generales las razones por la que el medicamento no está autorizado para el uso propuesto.

Cuando se prescriba un medicamento que no está autorizado u off-label de forma excepcional o cuando existen alternativas adecuadas autorizadas, se deben explicar al paciente/representante las razones por las que se realiza.

Tabla 6.4: Tomada y traducida de (16): Twycroos R, Wilcok A: The use of drugs beyond (off-label) and without (unlicensed) Marketing Authorization. Twycroos R and Wilcok A, editors. Palliative Care Formulary.PDF version 2013. Nottingham: palliativedrugs.com Ltd 2013

Por último, es responsabilidad de los profesionales mantener una permanente actividad formativa, bien a través de las vías clásicas (revistas, libros y publicaciones) y/o bien a través de los múltiples canales de información que la red de Internet pone a su disposición, los profesionales no pueden mostrarse ajenos a sus responsabilidades tanto legales como de preparación (27, 28). Hoy día el acceso a fuentes internacionales, sociedades científicas, autoridades en materia de regulación farmacológica, compañías farmacológicas e investigaciones en todos los rincones del mundo, representa una oportunidad de incalculable valor a la hora de acceder a los conocimientos y experiencias del mundo científico, redundando sin duda de manera directa en el objetivo final, mejorar la atención de los pacientes.

6.5 Tratamiento farmacológico de la Agonía.

En la fase final de la vida, periodo preagónico y agónico, los profesionales deben tener la capacidad para decidir cuándo las exigencias y cargas de un tratamiento superan los beneficios que pudiera aportar, al mismo tiempo que se han de continuar, adaptar y reforzar las medidas que proporcionan comodidad y alivian los síntomas (17).

En otros apartados de este manual se recogen en profundidad los aspectos clínicos y el manejo de síntomas de la fase final de las enfermedades crónicas avanzadas, aquí nos vamos a referir exclusivamente al manejo de fármacos en esta fase.

Una de las características fundamentales de la atención paliativa es la **anticipación**. Esto significa que, en el contexto de la evolución de las enfermedades hacia su final cierto, la muerte, se deben evaluar de manera continuada los acontecimientos que se producen y, de forma escalonada, se han de implementar las modificaciones terapéuticas que las circunstancias aconsejan. En relación con los fármacos esto implica:

- Revisar los fármacos que se están administrando, retirando aquellos que carecen de indicación en la situación evolutiva del proceso.
- Seleccionar los que deben continuar siendo administrados y establecer vías de administración y dosis.
- Especificar aquellos fármacos que pueden necesitarse en función de la progresión y aparición de nuevos síntomas, sus dosis y las vías de administración.
- Revisar las instrucciones y apoyos que deben recibir los cuidadores-familiares a la hora de administrar los fármacos.

Hoy día existen suficientes fármacos y presentaciones en los vademécums de cualquier país desarrollado como para dar continuidad al control de síntoma que se venía realizando, para abordar la aparición de reagudizaciones y/o de otros síntomas nuevos. Sin embargo, en esta fase evolutiva, el tiempo por delante para tomar una decisión y llevarla a cabo es menor, si no se aplica/administra en un momento determinado, mañana puede ser tarde (17). No basta con que existe el fármaco, es necesario que el profesional sepa evaluar la situación y elija la mejor opción de tratamiento. Esto refleja la importancia de la formación de los profesionales, no en vano, algunos estudios han puesto de manifiesto que la preparación de los profesionales para el manejo de los fármacos en las fases finales de la vida no siempre es la adecuada y, por ejemplo, la utilización de la vía subcutánea sólo se lleva a cabo si intervienen equipos especializados de cuidados paliativos (31).

En la tabla 6.5 se sintetizan las indicaciones sobre los fármacos y vías de administración recomendadas en la literatura especializada y guías clínicas en cuidados paliativos (8, 17, 29, 30):

USO DE FÁRMACOS EN LAS FASES AVANZADAS DE LAS ENFERMEDADES		
FÁRMACOS A MANTENER	FÁRMACOS A RETIRAR	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN
Analgésicos opioides tercer escalón	Antiarrítmicos	Subcutánea, bien en bolos o en infusión continua
Antieméticos (haloperidol, metoclopramida)	Diuréticos	Endovenosa, en contraindicación de

		subcutánea, necesidad de fármacos de uso exclusivo endovenoso, exigencias insalvables de familiares/ oposición al uso de vías subcutánea
Anticonvulsivantes: Midazolam, Clonacepam, Diazepam rectal	Antihipertensivos, hiopolipemiantes,	Intramuscular, dolorosa, uso puntual si no hay alternativa
Tranquilizantes: Benzodiacepinas, sustituir por Midazolam, Clonazepam	Antidepresivos	Rectal, incómoda, uso puntual, comprobar permeabilidad ampolla rectal
Neurolépticos: sustituir por Haloperidol y Levomepromacina	Laxantes	Espinal, mantener si existe control sintomático
Corticoides, habitualmente suspender. Mantener en hipertensión endocraneal	Antibióticos	Transdérmica, mantener y complementar con vía subcutánea o endovenosa
Butilescopolamina (Buscapina ®)	Broncodilatadores	
	Todos aquellos que, en el ejercicio de una adecuada praxis médica, presentan un balance riesgo-beneficio nulo o mínimo, incluidos los riesgos de la vía de administración.	

Tabla 6.5.Fármacos y vías de administración.

6.6 Referencias Bibliográficas.

1. Twycroos R, Wilcok A, editors.Guidance about prescribing in palliative care. Twycross R and Wilcok A, editors. Palliative Care Formulary.PDF version 2013.Nottingham: palliativedrugs.com Ltd 2013.
2. Garfinkel D and Mangin D..Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults..Arch. Intern. Med. 2010; 170 (18): 1648-1654.
3. Wastesson JW, Parker MG, Fastbom J, Thorslund M and Johnell K.Drug use in centenarians compared with nonagenarians and octogenarians in Sweden: a nationwide register-based study. Age and Ageing.2012; 41: 224–230.

4. Fernández-Liz E, Modamio P, Catalán A, Lastra CF, Rodriguez T and Mariño EL. Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Spain. *Br J Clin Pharmacol*.2007; 65(3): p 407–417.
5. Crentsil V, Ricks MO, Xue QL, Fried LP. A pharmacoepidemiologic study of community-dwelling, disabled older women: Factors associated with medication use. *Am J Geriatr Pharmacother*.2010 Jun; 8(3):215-24.
6. Poole S, Dooley M. Prescribing. In: Walsh D et al, editors. *Palliative medicine*. Premium edition. Philadelphia: SAUNDERS Elsevier; 2009. p 687-691.
7. Gallagher P, Mahony, D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*.2008; 37: 673–679.
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.
9. Gómez Sancho M y Ojeda Martín M. Cuidados Paliativos. Control de Síntomas. Las Palmas de Gran Canaria: Laboratorios MEDA; 2009. Accesible en: www.cgcom.es/sites/default/files/Cuidados%20paliativos.%20control%20de%20sin%20tomas.pdf.
10. Gómez-Batiste X. Conceptos generales y definición. En: *Control de síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*. Tercera edición. Madrid: Grünenthal Pharma S.A.; 2013. p.11-20.
11. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblás J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Identificación y Atención Integral-Integrada de Personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas en Servicios de Salud y Sociales. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. *Med Clin (Barc)*. 2013; 140(6):241-5. Accesible en: <http://www.iconcologia.net>.
12. Gerencia de Área. Área de Salud de Segovia. PROTOCOLO PARA LA DEFINICIÓN, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DE LA ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS. ÁREA DE SALUD DE SEGOVIA. Segovia. 2011.
13. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). *Essential Medicines in Palliative Care*. EXECUTIVE SUMMARY. World Health Organization.2013.
14. Peron E, Gray SL and Hanlon JT. Medication Use and Functional Status Decline in Older Adults: A Narrative Review. *Am J Geriatr Pharmacother*.2011 December; 9(6): 378–391.
15. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos. (Internet). Accesible en: <http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf>
16. Twycroos R, Wilcok A. The use of drugs beyond (off-label) and without (unlicensed) Marketing Authorization. Twycross R and Wilcok A, editors. *Palliative Care*

Formulary.PDF version 2013.Nottingham: palliativedrugs.com Ltd 2013.

17. Twycroos R, Wilcok A, editors. Drug treatment in the imminently dying. Twycross R and Wilcok A, editors. Palliative Care Formulary.PDF version 2013.Nottingham: palliativedrugs.com Ltd 2013.
18. Millar RD; Shepard KV; Dickerson ED. Interactions, Side Effects, and Management. In: Walsh D et al, editors. Palliative medicine. Premium edition. Philadelphia: SAUNDERS Elsevier; 2009. p 692-696.
19. WHO Expert Committee on the Use of Essential Drugs. The use of essential drugs: ninth report of the WHO Expert Committee.1999: Geneva, Switzerland (WHO technical report series, 895).
20. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. World Health Organization, 1996. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 1996.
21. JAGS 2012 © 2012, Copyright the Authors. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults...Journal compilation © 2012, The American Geriatrics Society.
22. Rodríguez D; Formiga F; Fort i; Robles MJ y cols.Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendación del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriátria y Gerontología.Rev. Esp de Geriatr Gerontol. 2012; 47(5):228-233.
23. Good PD, Cavenagh JD, Currow DC, Woods DA et al. What are the essential medications in palliative care?. A survey of Australian palliative care doctors. Australian Family Physician.2006; 35 (4): 261-264.
24. WA Cancer & Palliative Care Network, Community Medications Project. Essential medications list for palliative care services. Government of Western Australia. Department of Health 2010. Available in:www.healthnetworks.health.wa.gov.au/cancer/home.
25. Nauck F, Ostgathe C, Klaschik E, Bausewein C et al. Drugs in palliative care: results from a representative survey in Germany. Pall. Med.2004; 18: 100-107.
26. Culshaw, J, Kendall, D, Wilcock, A. Off-label prescribing in palliative care: A survey of independent prescribers. Pall Med. 2013; 27 (4): 314-319.
27. To TH, Aar, M, Shelby-James, T.; Abernethy, AP, Doogue, M, Rowett, D, Ko D and Currow DC. Off-label prescribing in palliative care – a cross-sectional national survey of Palliative Medicine doctors.Palliat Med. 2013; 27(4):320-328.
28. Toscani F..Prescribing in palliative care: a quest for appropriateness..Palliat Med.. 2013; 27(4):293-4.
29. Boceta J, Cía R y Cuadra C. Cuidados paliativos domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Documentos de Apoyo. Consejería de Salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, editor. 2003.
30. Trelis Navarro J: Situación de últimos días (Agonía). En: Control de síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. Tercera edición. Madrid: Grünenthal Pharma S.A.; 2013. p 335-344.

31. Burns E, Nair S. New horizons in care home medicine. *Age and Ageing*. 2014; 43: 2–7. doi: 10.1093/ageing/aft186.