

DEPRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL PACIENTE PALIATIVO

El objetivo del presente proyecto es averiguar si los médicos que atendemos a pacientes con necesidades paliativas tenemos claro en qué momento de la evolución de la enfermedad es más beneficioso deprescribir determinadas medicaciones, concretamente las relacionadas con la anticoagulación, que mantenerla como parte del conjunto de fármacos prescritos a un determinado paciente.

La deprescripción es el proceso de adecuación de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión y análisis, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y la adición, o no, de otros. Minimizar el daño de la prescripción inadecuada en la población, sobre todo geriátrica, es una de las principales preocupaciones de los servicios de salud en el momento actual.

Se trata de conciliar las expectativas de vida, la comorbilidad, el plan de cuidados y las preferencias del paciente con los daños y beneficios derivados de la medicación. Los fármacos identificados mediante este proceso de conciliación como poco o nada beneficiosos o con excesiva posibilidad de producir daños deben ser los candidatos a la deprescripción.

Existen motivos éticos y evidencias científicas que avalan la necesidad de deprescribir medicamentos, sobre todo en personas con edad muy

avanzada, ancianos frágiles y pacientes con enfermedades en estado terminal.

El proceso debe ser dinámico debiendo adaptarse a cada persona y circunstancia, teniendo además en cuenta que tanto la farmacocinética como la farmacodinámica se alteran con la edad.

Existen en la literatura multitud de métodos para identificar medicamentos inapropiados en ancianos y pacientes paliativos: los más usados, a nivel general, son los de criterios de Beers y los STOPP, pero cuando nos referenciamos al último año de vida es fundamental considerar cuatro pasos:

- Estimar las expectativas de vida del paciente, basado en tablas adecuadas.
- Elaborar un plan de cuidados, identificando las metas
- Evaluar el tiempo que tarda un determinado medicamento en obtener un beneficio clínico relevante.
- Determinar los objetivos de tratamiento de cada fármaco, pasando de un escenario de prevención a largo plazo a tratamientos puramente sintomáticos.

Los principios generales de la deprescripción se pueden aplicar al paciente paliativo. Cabe en estos casos plantear la retirada de todos aquellos fármacos considerados inadecuados o con escasa evidencia a favor de su uso, restringiéndolo a aquellos que mejoren la morbimortalidad, calmen el dolor y mejoren el confort.

En general, nos enfrentamos en estas situaciones a pacientes polimedicados, pluripatológicos, con expectativas de vida limitada y con un riesgo más elevado de sufrir una reacción adversa a un medicamento, además de tratarse con frecuencia de personas de

edad avanzada, en las que es menos frecuente disponer de evidencias de la efectividad de muchos tratamientos farmacológicos.

Hay que tener en cuenta, además, que durante un periodo de 5 años, una de cada cuatro ancianos hospitalizados lo es por problemas derivados de la medicación. También sabemos que uno de cada tres pacientes que reciben 5 o más medicamentos sufre una reacción adversa a medicamento cada año, de las que más de la cuarta parte podrían prevenirse. En muchas ocasiones, estas reacciones adversas son interpretadas como nuevos problemas de salud, siendo tratadas con más fármacos e iniciándose así una dañina cascada viciosa.

Cabe entonces plantearse la retirada o discontinuación de los fármacos que no contribuyan a mejorar el confort y la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, frecuentemente no disponemos de evidencias de que estas medidas vayan a producir dicho efecto, no sabemos exactamente cuándo deben retirarse en relación con el estado de deterioro del paciente, y por último debemos tener en cuenta las consideraciones éticas, puesto que no deberían retirarse los fármacos que realmente produzcan un beneficio en estas personas. La principal dificultad se deriva del escaso número de ensayos clínicos diseñados para demostrar los beneficios de retirar o discontinuar el tratamiento, reducir el riesgo de reacciones adversas o mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Aún existiendo indicaciones claras, estudios recientes han cuestionado la seguridad de tratamientos agresivos en pacientes ancianos, sobre todo en cuanto a los tratamientos de hipertensión y diabetes. En el caso del tratamiento anticoagulante hay que ponderar

el riesgo de la enfermedad con el daño que puede derivar del tratamiento, usando escalas como el CHADS2 para estimar el riesgo tromboembólico, unido al HAS-BLED para estimar el riesgo de sangrado mayor secundario al tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Es importante no dejarse llevar en estos casos por la inercia terapéutica. Influye también en ocasiones el rechazo de los cuidadores a la retirada de medicación, ya que interpretan que el final de su familiar está próximo si el médico empieza a retirar medicación.

Siempre hay que tener en cuenta que la retirada de cualquier medicamento debe ser monitorizada para evitar la aparición de síndromes de retirada o de rebote.

Aunque las barreras son importantes, lo que favorece que deprescribir sea más difícil que prescribir, los argumentos científicos y éticos, y el sentido común, hacen que la deprescripción se deba incluir en la agenda de la asistencia sanitaria de las personas con edad avanzada, frágiles o con enfermedades terminales, sobre todo en la atención primaria.

ANTICOAGULANTES

El tratamiento anticoagulante es parte del arsenal terapéutico habitual en pacientes paliativos, ya que la elevada prevalencia de fibrilación auricular en los mayores y los actuales criterios hacen que una gran parte de pacientes en situación paliativa deban estar anticoagulados.

Así mismo, los anticoagulantes son fármacos frecuentemente implicados en reacciones adversas a medicamentos y este riesgo aumenta conforme lo hace la edad y la comorbilidad. Los médicos reponsables de pacientes pluripatológicos o con expectativas de vida cortas con frecuencia nos enfrentamos a la disyuntiva de si se debe mantener la anticoagulación, con la dificultad añadida de que los protocolos y guías se basan en estudios de los que habitualmente este tipo de pacientes están excluidos. Es posible encontrar algún ensayo que trate de la retirada de anticoagulación en enfermedad tromboembólica, pero no así en fibrilación auricular no valvular, en los que las expectativas de vida limitadas, la insuficiencia cardiaca, hepática o renal, la demencia o la edad superior a 80 años son habitualmente criterios de exclusión.

Además, el CHADS2 no está validado en pacientes que están al final de la vida, y tanto el riesgo de sangrado como el de trombosis son probablemente mayores en pacientes paliativos.

En caso de riesgo elevado de caídas, cambios frecuentes en la medicación, o alteraciones nutricionales, el riesgo de que el International Normalized Ratio no se mantenga en rango terapéutico

y aparezcan complicaciones es elevado, por lo que habría que plantearse la retirada de la medicación anticoagulante.

Se hizo algún ensayo que evalúa una anticoagulación de baja intensidad, manteniendo el INR entre 1.5-2 en comparación con terapia estandar en enfermedad tromboembólica, pero se concluyó que el tratamiento era claramente inferior en cuanto a prevención de recurrencia, con un riesgo equivalente de complicaciones hemorrágicas. Con lo cual, no hay evidencia a favor del tratamiento anticoagulante de baja intensidad.

El mayor riesgo del tratamiento anticoagulante es el sangrado, y el principal factor de riesgo para el sangrado es la intensidad de la anticoagulación. El riesgo hemorrágico cuando el INR está entre 2 y 3 es menos de la mitad que cuando el $INR > 3$; y el riesgo de sangrado intracraneal crece de manera exponencial cuando el $INR > 4.5$. Además, sabemos que puede ser muy breve el intervalo entre la elevación del INR y el episodio hemorrágico. Por ello es preciso un control cuidadoso del grado de anticoagulación como primera medida para minimizar el riesgo de sangrado en el paciente anticoagulado.

En resumen, los pacientes con estado funcional bueno y sin compromiso nutricional se beneficiarían de la continuidad en la terapia anticoagulante, sobre todo si un nuevo episodio tromboembólico pudiera mermar su calidad de vida. Al contrario, los pacientes con alteraciones nutricionales o en la ingesta, que requieren cambios frecuentes de medicación o que presentan probabilidad de caídas tienen un alto riesgo de presentar efectos

adversos debidos a la terapia anticoagulante, y pueden beneficiarse de la deprescripción.

OBJETIVO

El objetivo del proyecto es en cierta medida doble: por una parte hacer la foto, ver realmente cómo manejamos este tema en la práctica diaria y por otro “ ponerlo sobre la mesa”, hacerlo visible a los médicos e investigadores ya que probablemente por la propia inercia no se pregunten qué hacer o en qué momento deprescribir la anticoagulación ante un paciente paliativo.

Partiendo de que el proceso de deprescripción es muy complejo, que cuesta trabajo asumir, unido a la inercia terapeutica--

¿Se plantea el medico de AP deprescribir ACO ante un paciente paliativo?

METODOLOGIA

Para averiguar la actitud terapeutica de los médicos de atención primaria en relación con el tratamiento anticoagulante en el paciente paliativo, la metodología utilizada sería mediante la realización un estudio descriptivo observacional con la obtención de datos sobre dicha actitud a través de una encuesta autocumplimentada que sería remitida por correo electrónico a todos los médicos de atención

primaria del EOXI Vigo (aproximadamente 300). Iría precedida de una breve introducción explicando el objetivo de la misma, animando a la participación y agradeciendo la colaboración. Así mismo se enviarían los resultados obtenidos a los médicos participantes por la misma vía.

Dicha encuesta constaría de 8 preguntas breves para garantizar el mayor numero posible de cumplimentaciones, con respuesta si, no, ns/nc.

Se pediría también que proporcionaran una serie de datos personales y profesinales tales cómo: sexo/ edad/ años de ejercicio/ hospital de referencia/ si el área atendida es rural o urbana/ si tiene acceso fácil a HADO o unidad de cuidados paliativos.

Como resultados intermedios se valoraría también el interés que suscita el tema en función del número de encuestas respondidas y si existen diferencias en cuanto al sexo, características del centro, etc.

Items de la encuesta:

1. ¿Utilizas en alguna ocasión el código A99.01 para codificar a los pacientes con necesidades paliativas de tu cupo?
2. Independientemente de la codificación, ¿ tienes identificados a los pacientes de tu cupo que no te extrañaría que fallecieran en los próximos 6/12 meses?

Bibliografía

- ✓ Jeffrey L. Spiess, MD. Can I stop de warfarin? A review of de risks and benefits of discontinuing anticoagulation. Journal of Palliative Medicine, vol 12, number 1, 2009.
- ✓ Gavilán Moral, E. Jiménez de García, L. Curso polimedicación y salud: estrategias para el abordaje integral de los pacientes polimedicados. Tema 7: Aprendiendo a deprescribir medicamentos.
- ✓ Villafaina Barroso, A. Gavilán Morán, E. Curso polimedicación y salud: estrategias para el abordaje integrla de los pacientes polimedicados. Tema 3: concepto de adecuación terapéutica.
- ✓ Holly M. Holmes, MD. Déon Cox Hayley,,DO. G. Caleb Alexander, MD, MS. Greg A. Sachs, MD. Reconsidering Medication appropriateness for Patients Late in Life- Arch Intern Med/ vol 166, Mar 27, 2006.
- ✓ Scott, IA. Gray, LC. Martin, JH. Pillans, PI. Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidencia-based deprescribing of drugs in older populations. Evid Based Med, august 2013, vol 18, number 4.
- ✓ Hardy, JE. Hilmer, SN. Deprescribing in the last year of life. Journal of Pharmacy Practice and Research Vol 41, N2,2011.
- ✓ Baena Diez, JM. González Casafont, I. Rodriguez Portillo, R. Evidencias disponibles y criterios para la retirada de fármacos en las demencias. FMC 2012; 19(9):547-51.

- ✓ Turabian-Fernández, JL. Pérez-Franco, B. Prescripción de medicamentos en medicina de familia: ¿racional, razonable o relevante? Aten Primaria 2005;36(9):507-9.
- ✓ Gordon, D. Schiff,MD. Galanter, MD,PhD. Promoting more conservative prescribing.Jama, February 25,
- ✓ Schuling,J. Gebben,H. Veehof,LJG. Haaijer-Ruskkamp,FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multiorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study.

CAROLINA ORRO ARCA Y