La multiterapia farmacologica: più dolori che gioie

Data 02 luglio 2015
Categoria clinical_queries

La multi-terapia farmacologica, ovvero la somministrazione di più farmaci per periodi prolungati è ormai un problema sociale nel mondo occidentale.(1,2) Nel Regno Unito, che pure non è tra i paesi a maggior consumo di farmaci, alcuni dati hanno suscitato stupore e preoccupazione. In Inghilterra, ad esempio, il numero medio di prescrizioni pro capite annuo nel 2001 era di 11,9 e nel 2011 di 18,3 : un incremento del 53, 8%; in Scozia una ricerca che ha coinvolto 300.000 pazienti ha riscontrato che tra il 1995 ed il 2010 la percentuale di persone che ricevevano più di cinque prescrizioni di farmaci simultaneamente era cresciuto dal 12% al 22% e la percentuale di persone che riceveva più di 10 farmaci era cresciuta dal 1,9% al 5,8 %.; per gli ultra 65enni il dato è ancora più allarmante con un paziente su sei che assume più di 10 farmaci al giorno.(3,4,5)
Gli "eventi avversi farmaco correlati" rappresentano la quinta causa di morte negli ospedali USA e ben il 17% dei ricoveri degli ultra 65 anni è riconducibile a questa causa: un importante studio pubblicato alcuni anni or sono negli USA prende in esame l' applicazione delle linee guida di ciascuna singola malattia in pazienti con 5 condizioni croniche: il risultato sono 12 farmaci da assumere in 19 dosi in 5 differenti momenti della giornata; viene spontaneo chiedersi come potranno i pazienti anziani seguire una simile terapia, ma ciò che più importa è che qualora la seguissero diligentemente avranno ottime probabilità di presentare almeno 1 delle 10 interazioni od effetti collaterali prevedibili con questo genere di politerapie.(6)
E' stato infatti dimostrato che il rischio di eventi aversi farmaco-correlati è del 13% con due farmaci, sale al 38% con quattro farmaci e raggiunge l'82% con sette farmaci(7). Inoltre le politerapie comportano un aumentato rischio di scarsa compliance: la mancata adesione alla terapia e gli effetti collaterali sono più frequenti negli anziani che vivono soli, in coloro che hanno problemi cognitivi o scarsa cultura ed in tutti i casi in cui la multiterapia è la risultante delle prescrizioni di diversi medici (7).

La multi terapia è il risultato di un atteggiamento culturale che bene si esprime nelle linee guida e raccomandazioni della larga maggioranza delle società scientifiche: per ogni malattia o problema di salute vengono consigliati uno o più farmaci; se, come inevitabile con l'invecchiamento della popolazione, le malattie si sommano inevitabilmente le terapie si moltiplicano. Il problema è ancora più serio e preoccupante di quanto appaia, se consideriamo che le ricerche che ispirano le linee guida sono generalmente effettuate su gruppi di individui selezionati, ben diversi dalla popolazione reale ed inoltre è molto raro che vengano effettuati studi farmacologici in pazienti affetti da molteplici quadri morbosi. Perfino le associazioni più semplici e comuni di quadri patologici, ad esempio bronchite cronica ostruttiva, insufficienza cardiaca, insufficienza renale, diabete vedono società scientifiche diverse aggiungere ogni anno farmaci per le proprie malattie anziché valutare come e quando sospendere un farmaco a pazienti già iper trattati.
La situazione assume aspetti tragici e paradossali nei pazienti con aspettativa di vita molto ridotta: in tutto il mondo occidentale si tende a trattare anziché fermarsi o quantomeno attendere.
A queste considerazioni va aggiunto il fatto che anche nella austera ed organizzata Inghilterra spesso i medici non conoscono esattamente tutti i farmaci che i propri pazienti assumono sia perché questi non sempre seguono le indicazioni sia perché aggiungono di propria iniziativa altri farmaci, integratori, prodotti erboristici.(2)
Un altro problema rilevante, fino ad ora da tutti sottovalutato è quello del declino cognitivo che riduce la compliance ed espone ad errori specie se non vi è un adeguato supporto familiare e sociale. Sarebbe norma di buona pratica clinica rivedere di tanto in tanto la terapia a casa del paziente, esaminando farmaco per farmaco e scatola per scatola, generici compresi: gli aneddoti in proposito non mancano e dalla comicità si arriva a volte a sfiorare la tragedia.

Cinque preziosi consigli per limitare i danni della multi –farmaco terapia
1) Considerare ogni paziente che assume continuativamente più di tre farmaci, a rischio di importanti interazioni ed effettiindesiderati
2) Se il paziente assume 10 o più farmaci contemporaneamente è ad alto rischio di patologia iatrogena e va attentamentemonitorato
3) In presenza di un nuovo disturbo o di un evento imprevisto in questi pazienti pensare sempre ad un effetto collaterale odindesiderato.
4) Ricordare che gli specialisti tendono sempre ad aggiungere farmaci : non limitiamoci a confermare le prescrizioni ma valutiamo il loro rapporto efficacia contro una possibile tossicità
5) Ricordiamo che le linee guida sono basate su studi effettuati in individui selezionati: valutiamo sempre se possano davvero essere utili nei nostri pazienti ed in particolare in quelli multi problematici.
Infine dalla saggezza inglese un monito: con i nostri pazienti anziani, complessi e multi problematici è spesso preferibile "doing the right thing than doing the things right" fare la cosa giusta al momento giusto anzichè fare (genericamente) bene tutte le cose… (2)

Riccardo De Gobbi

Bibliografia

1) King’s Fund. Polypharmacy and medicines optimization: making it safe and sound. 2013.www.thekingsfund.org.uk
2) Marengoni A.,Onder G.: Guidelines, polypharmacy, and drug-drug interactions in patients with multimorbidity. BMJ 2015;350:h1059 doi: 10.1136/bmj.h1059
3) Wise J.: Polypharmacy: a necessary evil BMJ 2013;347:f7033 doi: 10.1136/bmj.f7033
4) Health and Social Care Information Centre. Prescriptions dispensed in the community,statistics for England, 2001-2011. 2012. www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?
productid=7930&topics=0%2fPrescribing&pubdate=%2c2012&sort=Relevance&size=10&page=7#top.
5) Guthrie B, Makubate B. The rising tide of polypharmacy and potentially serious drug interactions 1995–2010: repeated cross sectional analysis of dispensed prescribing in
one region’. Primary Health Care Research & Development 2012; 13(supp 1): 45.
6) Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005;294:716-24
7) Petrovic M, van der Cammen T, Onder G.: Adverse Drug Reactions in Older People. Detection and prevention Drugs Aging 2012; 29(6):453-462