



Ridurre la polifarmacia negli anziani

Data 17 aprile 2016
Categoria scienze_varie

La polifarmacia e l'uso inappropriato di farmaci negli anziani contribuiscono alle reazioni avverse, alle cadute, al danno cognitivo, alla mancata aderenza, alla ospedalizzazione e alla mortalità. Anche se alleggerire la terapia, ridurre o sospendere un farmaco è fattibile e relativamente sicuro, i medici trovano difficile realizzarlo. Le barriere includono difficoltà a prendere decisioni (sia dalla prospettiva dei medici sia da quella dei pazienti), paura di sospendere farmaci iniziati da altri, conoscenze limitate sul come sospendere un farmaco, e timore per gli eventuali effetti da sospensione. Inoltre, i medici si sentono pressati a prescrivere secondo linee guida ma riconoscono che le linee guida esistenti sono raramente basate su evidenze derivanti da studi in popolazioni anziane e raramente sono indirizzate a modificare i target prescrittivi con l'avanzare dell'età o ad obiettivi di cura. Sono, pertanto, necessari approcci innovativi per superare queste barriere e limitare l'impatto negativo della polifarmacia sulla popolazione anziana.

Il Ministro della Salute e della Cura a Lungo Termine dell'Ontario (Canada) ha supportato lo sviluppo sistematico di test e di una serie di linee guida EB per la de-prescrizione. Dato l'ampio numero di classi di farmaci potenzialmente inappropriate o rischiose negli anziani, era prioritario determinare quali fossero le più importanti per sviluppare linee guida.

Scopo del presente lavoro era quello di identificare e dare priorità a classi di farmaci in cui linee guida di prescrizione evidence based (EB) sarebbero di beneficio per i medici.

Un approccio modificato Delphi ha incluso una revisione della letteratura per identificare farmaci potenzialmente inappropriati per gli anziani, un panel di esperti per sviluppare la revisione e tre cicli di indagine per cercare il consenso sulle priorità. Il panel di esperti ha compreso tre farmacisti, due medici di famiglia ed un sociologo. Sessantacinque esperti di geriatria canadesi (36 farmacisti, 10 medici e 10 infermieri) hanno partecipato all'indagine. Sono state incluse 29 farmaci/classi di farmaci nella prima indagine, con 14 che raggiungevano il necessario livello di consenso (85%; 70%) e 2 nuove classi di farmaci aggiunte dai commenti qualitativi. 53 partecipanti hanno completato il secondo turno e 47 il terzo turno.

Risultati:

Le cinque priorità finali erano: benzodiazepine, antipsicotici atipici, statine, antidepressivi triciclici e inibitori di pompa protonica (PPI); sono state identificate anche altre nove classi di farmaci bisognose di linee guida di "de-prescrizione" EB.

Gli autori concludono che il processo di consenso ha identificato cinque classi di farmaci prioritarie per le quali sarebbero necessarie guide di esperti per la "de-prescrizione". Le classi di farmaci che sono emerse con forza dalla classifica riguardano condizioni mentali, cardiovascolari, gastroenterologiche e neurologiche.

I risultati suggeriscono che de-prescrizioni e sovratrattamento si verificano lungo tutto lo spettro delle cure primarie e che linee guida di de-prescrizioni sarebbero una priorità nella cura degli anziani.

Fonte:

What Are Priorities for Deprescribing for Elderly Patients? Capturing the Voice of Practitioners: A Modified Delphi Process. Barbara Farrell e coll. PLoS One. 2015; 10(4): e0122246 doi: 10.1371/journal.pone.0122246

A cura di Patrizia Iaccarino