

# GESTIONE DELLA POLIFARMACOLOGIA NELL'ANZIANO

Analisi del caso clinico  
del signor X.X.



Formazione ACD 12 – 11 - 2013

# Rischio iatrogeno

- Il ruolo della farmacovigilanza è di grandissima rilevanza in età geriatrica in quanto, gli anziani sono particolarmente esposti agli effetti tossici ed indesiderati dei farmaci (es:criteri di Beers)
- Il 40-60% dei pazienti anziani non è aderente alla terapia prescritta  
(Vik SA et al. Ann Pharmacoter, 2004)
- Gli anziani hanno un rischio di sviluppare patologie iatrogene quasi doppio rispetto ai soggetti più giovani  
(Br J. Clin Pharmacol, 2002)

# Alcuni dati anziani over 65

- 87% deve assumere regolarmente farmaci
- 34% ne assume > 3/dì

In Ticino: 4.2% dei ricoveri avviene su intossicazione da farmaci. Il 67% sono farmaci OTC (da banco in vendita libera)

(Pedrazzini Numa, DAS Geriatria e Gerontologia 2009. Stabio. Dispense)

- OTC: ricostituenti, lassativi, vitamine, antiacidi, antiemorroidali, antinfiammatori, colliri
- **ATTENZIONE AI FITOTERAPICI**

# Compliance farmacologica a rischio

- Diminuite capacità cognitive
- Diminuite capacità visive
- Disturbi motori
- Disfagia
- Timori effetti collaterali (bugiardino!!!)
- Spiegazioni da parte curanti non chiare
- Mancanza di motivazioni
- Sottovalutazione farmaco
- Assenza / latitanza di controllo / sorveglianza
- Assenza di abitudini o rituali

# Ottimizzazione compliance

- Limitare n° medicinali
- Limitare n° di somministrazioni quotidiane
- Evitare posologie complicate
- Farmaci distinguibili
- Informazione costante all'utente
- Controllo / coinvolgimento entourage
- Rilevazione mancata assunzione
- Dissuadere pz da influenza del passaparola e del "fai da te"
- Valutazione stato cognitivo/concentrazione/umore
- Modalità di assunzione sempre uguali

# Monitoraggio collaterale

- Garantire un'alimentazione regolare e un'idratazione soddisfacente (0.3cl/kg) per salvaguardare concentrazione
  - Attenzione ad episodi condizionanti: vomito, diarrea, temperatura
  - Assunzione alcool (agonista bdz, vasodilatatore, deprimente SNC)
  - Anticoagulanti e ass. alimentare Vit K
  - Attenzione utilizzo farmaci da banco (segnalare ad mc)
  - Succo di pompelmo e tannini (vino, thè nero/verde) possono rallentare assorbimento di neurolettici (Risperdal, Ziprexa, Seroquel) e antidepressivi triciclici (Anafranil, Surmontil) \*
  - Pompelmo induce minor assorbimento Nifedipina (Adalat)\*
- \* (Pedrazzini Numa, DAS Geriatria e Gerontologia, Stabio 2009)

# Fattori di rischio

- Il rischio di interazioni farmacologiche aumenta con l'aumentare del numero di medici che hanno in carico lo stesso paziente e di farmacie che dispensano allo stesso i farmaci
- Insufficiente comunicazione tra medici
- Assenza di revisioni periodiche / sistematiche
- Permanenza ingiustificata neurolettici (introdotti per fasi acute)
- Utente che non comunica inserimento in th di nuovo farmaco

F. Meroni – Formazione 2012-2013

# Chi è l'utente

- Anno di nascita 1924
- Vedovo
- Vive solo
- Entourage informale: figlia e genero che abitano nella stessa casa al piano superiore.



# Diagnosi in data 17/3/09

- Cerebropatia ipertensivo-ischemica
- IMA (5/2005)
- Aritmia (fibrillazione atriale e pregressi scompensi cardiaci su flutter atriali); cardioversione elettrica (4/2007) e posa pace-maker (5/2012)
- Versamento pleurico (8/2008)
- Insufficienza renale
- Linfoma linfoplasmocitico (10/2002)
- Episodi sincopali di origine non chiara
- Leucoencefalopatia periventricolare e atrofia sottocorticale diffusa (disturbi marcia ed equilibrio)
- Ipotiroidismo in trattamento
- Depressione? (Presenza in th Efexor 150mg 1-0-0)

# Terapia in uso al 5/11/13

• Efexor ER	75	mg	1-0-1-0
• Sintrom s/s	1	mg	0-0-*-0
• Eltroxin gg	0.05	mg	1-0-0-0
• Eltroxin gg pari	0.05	mg	1-0-0-0
• Xatral uno	10	mg	0-0-1-0
• Pantozol	20	mg	1-0-0-0
• Digoxin lu.me.ve.do	0.125	mg	1-0-0-0
• Torasem	5	mg	1-0-0-0
• Amlodipine	2.5	mg	1-0-0-0
• Concor	2.5	mg	1-0-0-0
• Calcimagon D3	500	mg	1-0-0-0

# Breve storia

- Presa a carico 2003 per cs 1/sett , ED progressivamente incrementati
- Negli anni seguenti decesso della moglie seguito da quello del fratello
- Progressivo declino cognitivo con evidente perdita di motivazioni oltre che a una ridotta capacità decisionale
- Progressivo isolamento sociale
- Stato depressivo involuto
- Compliance farmacologica meno aderente

# Sostegno formale e informale

- ACD per:
  - somm th matt 5/7 e controllo stato generale
  - prep th 1/sett
  - CS 3/sett
  - Ig parziale- vestizione 4/7 e doccia 1/7
  - monitoraggio risveglio e prima colazione
  - ED
- MC come referente per terapia
- Figlia e genero presenti per cena e somm th SA/DOM e sera (messo Web-cam in camera da letto)
- Ricovero Clinica 1mese/estate

# Problemi presa a carico

- Compliance farmacologica non adeguata (verbalizza il non senso assunzione th)
- Memoria e capacità di concentrazione compromessa, capacità di prendere decisioni alterata (RAI 11/10/13)
- Disorientamento temporale (tende a permanere a letto con difficoltà a situarsi nel tempo)
- Rifiuta spesso di alzarsi, motivazioni assenti
- Lamentele rispetto solitudine ma rapporti sociali limitati
- Isolamento sociale

# Problemi presa a carico

- Sospese uscite con operatori (polemico su presenza maschile)
- Figlia oppositiva (negativa Centro Diurno)
- Alimentazione inadeguata (BMI sfavorevole e calo ponderale), idratazione scarsa
- Entourage familiare latitante (frigo non fornito, th sera non sempre somministrata, la sera si alimenta poco, è scarsamente stimolante, presenta difficoltà di gestione, genero lamenta notti agitate)
- Familiari richiedono ricovero in CpA

# Osservazioni

- Valutazione psico-geriatrica è stata presa in considerazione
- Messa in comune con equipe per garantire continuità nel percorso di cura
- Rivalutazione della terapia (th sostanzialmente invariata da 3/2008 a fronte di tratti depressivi)
- Si è individuato referente con maggior ascendente su utente e famiglia
- Si è pensato ad una rete allargata per responsabilizzare entourage familiare (Geriatra, Centro Diurno, volontari Pro Senectute, parrocchia)