

Ocena skuteczności algorytmu służącego ograniczeniu liczby leków przyjmowanych przez pacjentów w podeszłym wieku



**prof. dr hab. med.
Tomasz Grodzicki
Katedra Chorób Wewnętrznych
i Gerontologii, Collegium Medicum UJ, Kraków**

Opracowano na podstawie: Garfinkel D, Mangin D. Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. Arch Intern Med 2010;170(18):1648-1654.

OPIS BADANIA

Wstęp

Polipragmazja to znaczący problem w populacji starszych pacjentów, u których częściej występują działania niepożądane farmakoterapii, szczególnie w przypadku stosowania wielu leków, a korzyści z leczenia są mniejsze niż u osób młodszych. The Good Palliative-Geriatric Practice (Dobra Praktyka w Medycynie Paliatywnej i Geriatrii) to algorytm ograniczania farmakoterapii, którego zastosowanie u starszych pacjentów zamieszkujących domy opieki pozwoliło zmniejszyć liczbę przyjmowanych leków oraz ograniczyć chorobowość i umieralność w tej populacji.

W badaniu przedstawiono możliwości zastosowania algorytmu w populacji pacjentów w wieku podeszłym niepodlegających opiece instytucjonalnej.

Metody

Algorytm The Good Palliative-Geriatric Practice zastosowano u 70 pacjentów w podeszłym wieku niepodlegających opiece instytucjonalnej w celu podjęcia decyzji o ograniczeniu liczby stosowanych leków. Oceniano stopień ograniczenia liczby leków, zachorowalność, umieralność oraz zmianę stanu zdrowia.

Wyniki

Średni wiek 70 pacjentów biorących udział w badaniu wynosił 82,8 ($\pm 6,9$) lat; 43 pacjentów (61%) chorowało na co najmniej 3 choroby, a 26% na co najmniej 5 chorób. Średni czas obserwacji wynosił 19 miesięcy. W momencie rozpoczęcia badania każdy pacjent przyjmował średnio 7,7 ($\pm 3,7$) leków. Zgodnie z protokołem u 64 pacjentów wskazane było odstawienie łącznie 311 leków (co stanowiło 58% stosowanych leków, średnio 4,4 [$\pm 2,5$] leku na pacjenta i 4,9 na pacjenta zakwalifikowanego do zaprzestania leczenia). Spośród odstawionych leków 2% zaczęto podawać ponownie z powodu wystąpienia pierwotnego wskazania do leczenia. U 81% badanych trwale zaprzestano stosowania wybranych leków. W ciągu 19 miesięcy obserwacji zmarło 10 pacjentów (14%) (średni wiek 89 lat). Nie stwierdzono istotnych zdarzeń niepożądanych ani zgonów mających związek z zaprzestaniem leczenia, a 88% badanych zgłosiło poprawę stanu zdrowia.

Wnioski

U pacjentów w podeszłym wieku niepodlegających opiece instytucjonalnej możliwe jest zmniejszenie liczby zażywanych leków. Zaproponowany algorytm dotyczący ograniczenia farmakoterapii może mieć zastosowanie w dużych badaniach klinicznych z randomizacją.

Komentarz:

Stosowanie zbyt wielu leków przez pacjentów w wieku podeszłym jest problemem, z którym nie potrafimy sobie poradzić. Mamy świadomość, że przyjmowanie kilku leków musi prowadzić do interakcji, których rezultatem są upadki, zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia elektrolitowe, niewydolność nerek. Leczymy je kolejnymi lekami (najczęściej nie rezygnując z tych, które pacjent już przyjmuje). Przykładem jest sytuacja, gdy pacjent z niewydolnością serca i cukrzycą stosuje inhibitor ACE, β -adrenolityk, spironolakton, diuretyk pętlowy oraz lek z grupy pochodnych sulfonilomocznika. Nieważne odwodnienie (diuretyk) doprowadza do niewydolności nerek i hipoglikemii (w wyniku wydłużenia okresu eliminacji pochodnej sulfonilomocznika), która zostaje późno rozpoznana z powodu działania β -adrenolityku. W konsekwencji może dojść do upadku i urazu głowy czy złamania szyjki kości udowej. Taki nieszczęśliwy splot wydarzeń jest niestety częsty i obarczony poważnym rokowaniem. Ocenia się, że ok. 30% hospitalizacji osób w podeszłym wieku jest związanych z efektami toksycznymi lub działaniami niepożądanymi podawanych leków.

Kolejną konsekwencją przyjmowania wielu leków jest znaczne pogorszenie przestrzegania zaleceń lekarskich. Konieczność stosowania niektórych leków przed posiłkami, a innych po nich czy

zmiana dawkowania leku to dla pacjentów z nawet nieznacznie upośledzoną funkcją poznawczą, stosujących np. 10 preparatów w postaci 20 tabletek dziennie, zadanie niemożliwe do wykonania.

Innym problemem są wysokie ceny leków, które powodują, że pacjenci rezygnują z ich wykupienia lub wykupują mniej i stosują mniejsze dawki (np. co drugi dzień). Obydwie sytuacje mogą być niebezpieczne, nie tylko z powodu nasilenia objawów choroby, ale także wystąpienia działań niepożądanych (np. brak suplementacji potasu przy stosowaniu diuretyków pętlowych lub tiazydowych).

Bez względu na wymienione zagrożenia pacjent w wieku podeszłym zażywa przeciętnie 7-8 leków. Leczenie coraz częściej opiera się na wytycznych formułowanych z uwzględnieniem wyników dużych badań z randomizacją. Wytyczne te dotyczą najczęściej leczenia jednej choroby, np. niewydolności serca, POChP, depresji czy cukrzycy. Ich autorzy dopuszczają zazwyczaj możliwość, że pacjent choruje na dwie choroby i zalecają wtedy indywidualizację terapii w postaci modyfikacji dawek lub doboru odpowiednich leków, ale nie spotkałem się z uwzględnieniem równoczesnego występowania 4 lub 5 schorzeń, co często ma miejsce u osób po 80. r.ż. Coraz częściej podkreśla się więc, że pacjenci w bardzo zaawansowanym wieku nie mogliby być uczestnikami badań, na podstawie których formułuje się rekomendacje. Równocześnie nadal leczy się tych pacjentów tak, jakby mieli o 30 lat mniej i chorowali na jedną chorobę, ignorując ich wiek biologiczny i schorzenia współistniejące. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy może być zjawisko określane jako medycyna defensywna (*defensive medicine*). Lekarze wolą leczyć zgodnie z wytycznymi niż zrezygnować z takiego leczenia i narazić się na ewentualne zarzuty.

Próbę wyjścia z impasu, w jakim znaleźli się lekarze opiekujący się osobami starszymi, stanowi opracowany przez Garfinkela i Mangin algorytm The Good Palliative-Geriatric Practice (Dobra Praktyka w Medycynie Paliatywnej i Geriatrii). Zaleca on analizę zasadności stosowania każdego leku według następującego schematu:

1. Czy istnieje udokumentowane wskazanie do stosowania danego leku?
2. Czy ta choroba jest istotna dla dalszych losów pacjenta?
3. Czy potencjalne działania niepożądane nie przeważają nad korzyściami?
4. Czy u pacjenta występują objawy, które mogą być związane ze stosowanym leczeniem, a jeśli tak, to czy można zastosować inny lek wolny od tych działań lub zmniejszyć dawkę leku?

W opisanym badaniu tak przeprowadzona analiza pozwoliła zmniejszyć liczbę stosowanych leków średnio o połowę i, co najważniejsze, zmiany nie wiązały się ze zwiększonym zagrożeniem powikłaniami w postaci hospitalizacji lub zgonu, a zdecydowana większość pacjentów zgłosiła poprawę stanu zdrowia.

Zaproponowany przez Garfinkela i Mangin model postępowania okazał się skutecznym i, co bardzo ważne, bezpiecznym sposobem na zmniejszenie liczby stosowanych leków. Jego ogromną zaletą w porównaniu z innymi metodami, np. kryteriami Beersa (Beers Drug Criteria) lub metodą STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) START (Screening Tool to Alert

doctors to Right Treatment), jest prostota zastosowania. Kryteria Beersa, ostatnio uaktualnione w 2003 r., obejmują 48 leków (lub grup leków), które nie powinny być stosowane u osób starszych, i 20 schorzeń, których przebieg może pogorszyć się w wyniku przyjmowania różnych leków. Praktyczne stosowanie tych zasad jest żmudne i choć pozwala na uniknięcie działań niepożądanych, to nie prowadzi do zmniejszenia liczby stosowanych leków. Kryteria te mogą stanowić uzupełnienie algorytmu The Good Palliative-Geriatric Practice. Kryteria STOPP-START, które w najbliższej przyszłości zostaną uaktualnione, również wydają się trudniejsze do zastosowania, gdyż opierają się na analizie wskazań (START) i przeciwwskazań (STOPP) do zastosowania poszczególnych leków. Trudno powiedzieć, jak algorytm The Good Palliative-Geriatric Practice sprawdziłby się w praktyce, ale stosując tylko leki o udokumentowanej skuteczności, ze świadomością potencjalnych działań niepożądanych, a nade wszystko, mając realne oczekiwania co do działania leków, na pewno poprawimy los naszych pacjentów.

Piśmiennictwo:

1. Hanlon JT, Schmadler KE, Kornkowski MJ et al. Adverse Drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:945-948.
2. Fortin M, Dionne J, Pinbo G, et al. Randomized controlled trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006;4:104-107.
3. Hordijk-Trion M, Lenzen M, Wijns W, et al. Patients enrolled in coronary intervention trials are not representative of patients in clinical practice: results from Euro heart Survey on coronary revascularization. *Eur Heart J* 2006;27:671-678.
4. Garfinkel D, Mangin D: Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. *Arch Intern Med* 2010;170:1648-1654.
5. Fick DM, Cooper JW, Wade W et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults – Results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716-2724.
6. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). *Consensus Validation International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 2007;45.