

Le statine negli anziani: prevenzione, appropriatezza, riconciliazione

Maria Cristina Cimicchi

Parma 16 novembre

Fidenza, 21 novembre 2019



Ricognizione,
riconciliazione e
deprescrizione:
il punto e gli
strumenti

Appropriatezza/inappropriatezza prescrittiva

- L'**inappropriatezza** prescrittiva rappresenta nell'anziano uno dei principali **fattori di rischio di reazioni avverse** ai farmaci
- **Prescrizioni sbagliate**: farmaci che incrementano significativamente il rischio di eventi avversi,
- **Prescrizioni ingiustificate**: farmaci prescritti senza una chiara indicazione clinica
- **Mancate prescrizioni**: omissione di farmaci con un potenziale beneficio

Appropriatezza prescrittiva

- Caposaldo per la gestione del rischio clinico
 - **Valutazione della prevedibilità e della prevenibilità degli eventi a distanza**
- Nella scelta della terapia è necessario considerare
 - **la comorbidità,**
 - **lo stato funzionale e cognitivo,**
 - **gli obiettivi terapeutici specifici e l'aspettativa di vita.**

CLINICAL INVESTIGATION

American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria[®] for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

*By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria[®] Update Expert Panel**

- ◉ **I criteri STOPP** (Screening Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescriptions) sono associati significativamente con **ADR evitabili** che causano o contribuiscono al ricovero d'urgenza di anziani.
- ◉ **I criteri START** (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatments) rappresentano i più comuni **eventi di mancata prescrizione** di farmaci potenzialmente utili
- ◉ **I criteri di Beers** sono lo strumento più usato per assistere il clinico **nel prevenire** le ADR nell'anziano.

I nostri strumenti

5

File Modifica Visualizza Cronologia Segnalibri Strumenti Aiuto

AUSL | Azienda | Deprescrizione

https://www.ausl.pr.it/azienda/deprescrizione/deprescrizione.aspx

deprescrizione

☆ 📁 📧 ⬇️ 🏠 ☰

GUARDA TUTTI I VIDEO



Segui il canale youtube

COME FARE PER...

Tutto dalla A alla Z



CAMPAGNA INFORMATIVA

Fascicolo sanitario elettronico:

Deprescrizione

La cessazione dei farmaci ritenuti a vario titolo **non più necessari (deprescrizione)** è un atto insito in un **corretto percorso terapeutico farmacologico** che il professionista intraprende per un paziente (Bain KT, Holmes HM, Beers MH, Maio V, Handler SM, Pauker SG. *Discontinuing Medications: A Novel Approach for Revising the Prescribing. Journal of the American Geriatrics Society* 2008;56:1946-1952).

Più specificatamente si può definire la deprescrizione come **un processo sistematico di identificazione e 'discontinuazione' di farmaci o regimi farmacologici in circostanze in cui evidenti o potenziali effetti negativi ne superino i benefici correnti e/o potenziali, tenendo conto degli obiettivi di cura, del livello di funzionamento, della aspettativa di vita, dei valori e preferenze del singolo paziente** (Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couter D, Rigby D, Gnjdic D, Del Mar CB, Roughead EE, Page A, Jansen J, Martin JH. *Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. JAMA Internal Medicine*, 2015).

Nel soggetto anziano, spesso esposto ad un numero eccessivo di farmaci, la deprescrizione è una chiara **necessità** che può portare a sensibili **benefici funzionali per il paziente stesso**. La letteratura infatti ci informa che, quando ritenuto opportuno, la deprescrizione di specifiche categorie di farmaci non solo non peggiora i risultati clinici e non produce sindromi associate all'abbandono degli stessi, ma produce effetti positivi in termini sia di riduzioni di cadute sia di miglioramenti comportamentali e cognitivi (Oyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, et al. *Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. Drugs Aging* 2008;25:1021-31).

Tuttavia, in assenza di linee guida e robuste evidenze, **il clinico ha spesso difficoltà nell'iniziare e gestire la deprescrizione**, un atto che richiede, fra l'altro, la partecipazione attiva del paziente e/o del care-giver. Nell'ottica generale di raccomandare ai Professionisti clinici un corretto approccio prescrittivo nell'anziano, è quindi importante dedicare risorse allo sviluppo di strumenti informativi che consentano di sostenere e promuovere la deprescrizione. Obiettivo di Azienda USL di Parma e di Thomas Jefferson University (TJU) è quello di **predisporre e diffondere percorsi ed algoritmi per la deprescrizione di categorie di farmaci ritenuti**, in determinate condizioni, non più necessari nel paziente anziano.

Per informazioni sugli algoritmi, contattare deprescribing@bruyere.org oppure visitare il sito web www.deprescribing.org

- [Algoritmo per la deprescrizione antipsicotici](#)
- [Algoritmo per la deprescrizione degli antiiperglicemici](#)
- [Algoritmo per la deprescrizione degli inibitori di pompa](#)
- [Algoritmo per la deprescrizione di benzodiazepine](#)

Appropriatezza prescrittiva



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma



Jefferson.

Appropriatezza prescrittiva nella
popolazione anziana

***Farmaci potenzialmente inappropriati
ed eventuali alternative terapeutiche***

Versione 2017

Da una collaborazione fra:

Azienda USL di Parma
Thomas Jefferson University

Farmaci da evitare	Farmaci raramente appropriati	Farmaci da usare solo per alcune condizioni	Farmaci non a carico del SSN da evitare
Sistema d'organo o Classe Terapeutica			
Analgesici Pentazocina Antiaggreganti Ticlopidina Antiaritmici Chinidina (new) Idrochinidina (new) Disopiramide Anti-diabetici Sulfaniluree (new) Glibenclamide Glinidi (new) Repaglinide Antiinfiammatori FANS (>15 giorni) Indometacina Ketorolac iniettabile (max 2 gg) Antiparkinson Orfenadrina cloridrato Sistema cardiovascolare Clonidina (comprese) Metildopa Nifedipina a breve durata d'azione Spironolattone >25mg/die Sistema endocrino Estrogeni (orali) Metiltesterone Sistema nervoso centrale Amitriptilina Citalopram >20mg/die Clomipramina Escitalopram >10mg/die Imipramina Nortriptilina Trimipramina	Antidepressivi SSRI Fluoxetina Fluvoxamina (new) Paroxetina (new) Antisecretivi Inibitori di pompa per ≥12 mesi Sistema respiratorio Teofillina (new)	Antiaggreganti Prasugrel (new) Antiaritmici Amiodarone, Dronedarone, Flecainide, Propafenone, Sotalolo Antidepressivi SSRI: Sertralina (new) SNRI: Duloxetina(new) , Venlafaxina Anti-diabetici Sulfaniluree (new) Glucilazide, Glimepiride, Glipizide, Gliquidone Analoghi di glucagon-like peptide-1 (GLP-1) (new) Dulaglutide, Exenatide, Exenatide LAR, Liraglutide, Lixisenatide Inibitori di sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) (new) Canaglifozin, Dapaglifozin, Empaglifozin Inibitori del dipeptidyl peptidase 4 (DPP4) (new) Alogliptin, Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin, Vildagliptin Tiazolidindioni (new) Pioglitazone Antipsicotici atipici Aripiprazolo, Clozapina, Olanzapina, Paliperidone, Quetiapina, Risperidone, Ziprasidone Antipsicotici convenzionali Aloperidolo, Amisulpiride, Clorpromazina, Clotiapina, Flufenazina, Perfenazina, Pimozide, Promazina, Sulpiride, Tioridazina, Trifluoperazina Antisecretivi (new) Inibitori di pompa a dosaggio massimo per >8 settimane Sistema cardiovascolare Clonidina (cerotti), Digossina, Diltiazem(new) , Doxazosina, Ivabradina(new) , Verapamil (new)	Antiemetici Metoclopramide (orale) Antiinfettivi Nitrofurantoina Antistaminici Ciproheptadina Clorfeniramina Difendramina Idroxizina Benzodiazepine a media-lunga emivita Clonidinio-Clordiazepossido Clorazepato Clordiazepossido Delorazepam Diazepam Flurazepam Flunitrazepam Meprobamato Prazepam Benzodiazepine a breve media-emivita ai seguenti dosaggi Alprazolam >2 mg/die Lorazepam >3 mg/die Oxazepam >60 mg/die Temazepam >15 mg/die Triazolam >0.25 mg/die Ipnocici Zolpidem >5mg/die (new) Zopiclone >3.75mg/die (new) Lassativi stimolanti Lassativi di massa Psicostimolanti Piracetam (new) Sostanze naturali Ginkgo biloba (new)

•FARMACI DA EVITARE

•farmaci che la letteratura riporta ad alto rischio per l'anziano. Esistono alternative più sicure

•FARMACI RARAMENTE APPROPRIATI

•farmaci efficaci ma non di prima scelta, con un profilo rischio/beneficio e/o beneficio/costo non favorevole

•FARMACI DA UTILIZZARE SOLO PER ALCUNE CONDIZIONI

•farmaci che hanno alcune indicazioni, ma che spesso devono essere usati sotto stretto controllo. Tali farmaci sono potenzialmente soggetti ad un uso non appropriato

Statine: start or stop ?

Le incertezze possono generare

- ◉ 'overuse'
- ◉ 'inappropriate use'
- ◉ 'misuse'

Lo stato dell'arte

J Am Geriatr Soc 00:1-9, 2019

- “Current international cardiovascular disease prevention guidelines provide **little specific guidance for physicians who are considering statin discontinuation in older adults** in the context of declining health status and short life expectancy”.
- In addition, high-quality **evidence is not yet available for either primary or secondary statin-based prevention in people aged 85 years** and older or in those with complex health problems (as they are currently excluded from trials)

Recommendations for (Discontinuation of) Statin Treatment in Older Adults: Review of Guidelines

JAGS 00:1-9, 2019

Milly A. van der Ploeg, MD,* Carmen Floriani, MD,[†] Wilco P. Achterberg, PhD,*
 Jonathan M.K. Bogaerts, MD,* Jacobijn Gussekloo, PhD,*[‡] Simon P. Mooijaart, PhD,[‡] 
 Sven Streit, PhD,[†]  Rosalinde K.E. Poortvliet, PhD,* and Yvonne M. Drewes, PhD[‡]

Table 2. Recommendations for Statin Discontinuation Applicable to Older Adults in 18 International Guidelines

Group		No. of guidelines with this recommendation	Guidelines
Intolerance	Should be discontinued (at least temporarily):		
	• Muscle symptoms (including rhabdomyolysis)	12	28,29,31-33,35,36,39,40,42,43,45
	• Liver toxicity	5	29,30,38,40,45
	• Contraindication	2	37,44
	Consider discontinuation/might not be appropriate (to continue)		
	• Muscle symptoms (including rhabdomyolysis)	3	28,41,44
Health status	• Cognitive dysfunction after the start of statins (to assess reversibility)	1	34
	Consider discontinuation:		
	• Limited life expectancy	3	30-32
	• Multimorbidity/increasing comorbidities	3	30-32
	• Frailty	1	32
	• Functional decline (physical or cognitive)	1	32
	• When harm (eg, polypharmacy, adverse drug reactions) may outweigh benefit	2	30,32

Recommendations for (Discontinuation of) Statin Treatment in Older Adults: Review of Guidelines

JAGS 00:1-9, 2019

Milly A. van der Ploeg, MD,* Carmen Floriani, MD,[†] Wilco P. Achterberg, PhD,*
 Jonathan M.K. Bogaerts, MD,* Jacobijn Gussekloo, PhD,^{**} Simon P. Mooijaart, PhD,[‡] 
 Sven Streit, PhD,[†]  Rosalinde K.E. Poortvliet, PhD,* and Yvonne M. Drewes, PhD[‡]

Preference and judgment	Take into account (informed) patient preference	4	41-43,45	4	32,34,37,38
	Shared decision making	3	28,42,43	4	30,32,34,41
	Take into account: priorities of care	1	31	-	-
Start or continue	• Continue treatment for those aged >75 y if well tolerated			5	28,31,32,40,45
	• Reconsider the recommendation to treat periodically			2	32,40
	• Screening for dyslipidemia for those aged >75 y or in patients with limited life expectancy: may not be appropriate/is recommended to be stopped	2	28,31		
	• For secondary prevention, treatment with statins is recommended for older adults in the same way as for younger patients	1	29		

Lo stato dell'arte 2

J Am Coll Cardiol. 2018 Jan 2;71(1):85-94

- Thus, **the decision to initiate primary prevention with statins in people older than 75 years of age cannot be based directly on RCT evidence (32).**
- Further, **extrapolation of efficacy and safety data from those #75 years of age to those >75 years of age should be done cautiously**, considering comorbidity, polypharmacy, potential side effects, and limited life expectancy (33).
- **Efficacy** of statin therapy in the very elderly, however, is well **documented in secondary prevention** trials

Mortensen MB and Falk E. Primary Prevention With Statins in the Elderly. J Am Coll Cardiol. 2018 Jan 2;71(1):85-94

CENTRAL ILLUSTRATION Age-Dependent Implementation of Guidelines in Clinical Practice

Sex: Male	SBP: 135 mm Hg	HDL cholesterol: 37 mg/dL	Race: White	
Smoker	Total cholesterol: 232 mg/dL	Diabetes: No	No antihypertensives	
	Age 56	Age 66	Age 76	Age 86
				
	+10 years	+10 years	+10 years	
PCE:	18%	26%	34%	NA
QRISK2:	17%	28%	43%	NA
Framingham:	31%	49%	NA	NA
SCORE:	4%	NA	NA	NA
Guideline Recommendation				
ACC/AHA	✓ Class I	✓ Class I	— Class IIb	— Class IIb
NICE	✓ Strong	✓ Strong	✓ Strong	— Specific recommendation for individuals ≥85 years
CCS	✓ Strong	✓ Strong	—	—
USPSTF	✓ Level B	✓ Level B	✗	✗
ESC/EAS	✗	— Class IIa	— Class IIa	— Class IIa

✓ : Strong Statin Recommendation — : Weak Statin Recommendation ✗ : Not Recommended for Statin

Mortensen, M.B. et al. J Am Coll Cardiol. 2018;71(1):85-94.

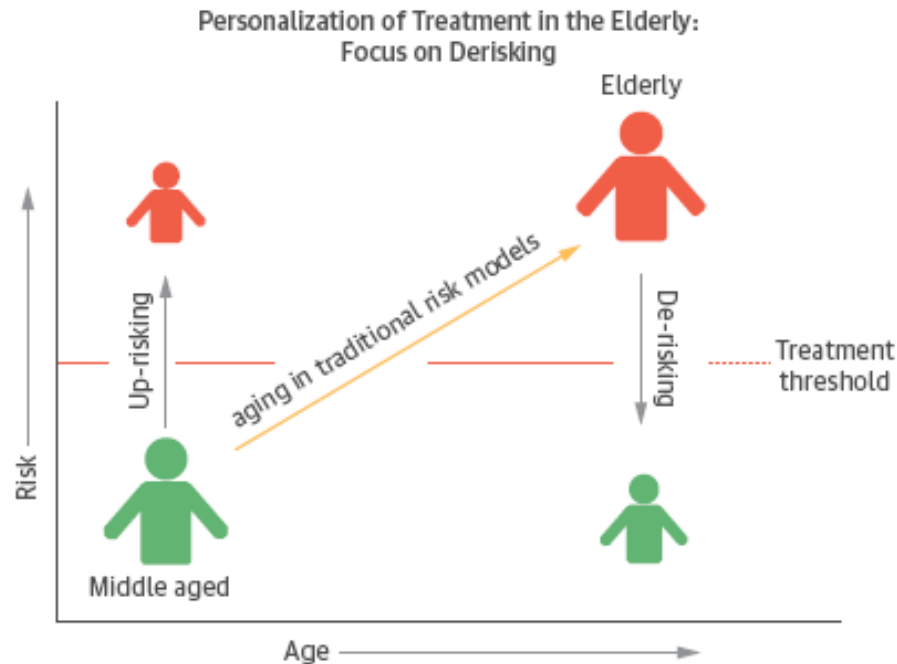
In apparently healthy individuals with risk factors shown in the box, all but the European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society (ESC/EAS) guidelines provide a strong indication for statin therapy in the range of 56 to 66 years of age. Above 75 years of age, only the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guideline provides a well-defined indication for statin therapy. See Table 1 for risks above which statin therapy is recommended. ACC/AHA = American College of Cardiology/American Heart Association; CCS = Canadian Cardiovascular Society; Framingham = Framingham Risk Score for general cardiovascular disease; NA = not applicable; PCE = pooled cohort equation; SCORE = Systematic COronary Risk Evaluation; USPSTF = U.S. Preventive Services Task Force.

Un diverso approccio

Mortens the Elde

Statins in -94

FIGURE 5 The Concept of Derisking in Elderly People



Age is the most important determinant of predicted risk of ASCVD using traditional risk models. Thus, because of increasing age alone, most elderly individuals >65 years of age will eventually exceed the risk-based treatment thresholds for statin therapy by most guidelines. Given the increasing elderly population and the associated concern about overtreatment with statins, the challenge in elderly individuals is therefore to identify those who are at truly low risk for ASCVD despite a high predicted risk with traditional risk models.

Un diverso approccio

Bilancio decisionale

J Am Coll Cardiol. 2018 Jan 2;71(1):85-94

- The main goal of primary prevention with statins is to achieve **net benefit** from treatment.
- Considering **potential harms is therefore a crucial part of appropriate decision making**
- As frailty, comorbidity, and polypharmacy may increase the risk for adverse statin-associated symptoms (SAS), **the “risk-benefit” balance in the elderly could theoretically tip in favor of withholding statin therapy if such conditions are present.**
- Limited life expectancy for whatever reason may also limit the potential benefit of statin therapy.
- Thus, initiation of statin therapy should always be preceded by a **careful weighing of potential harms and benefits.**

Lo stato dell'arte 3

European Journal of Internal Medicine 50 (2018) 33–40

- The final decision on the therapeutic strategy with statins in elderlies at higher risk to develop cardiovascular events should be always based on a careful analysis of the patient's general health and on the presence of metabolic abnormalities or drug interactions potentially leading to risk.

Table 1

Recommendations about the use of statin therapy in the elderly (> 75 years of age).

ACC/AHA 2013 ^[20, 21]	USPSTF ^[22]	NLA 2015 ^[23]	ESC/EAS 2016 ^[24, 25]
Primary prevention			
No recommendations for primary prevention in people > 75 years of age Note: "In persons with diabetes who are >75 years of age statin therapy should be individualized on the basis of considerations of ASCVD risk-reduction benefits, the potential for adverse effects and drug–drug interactions, and patient preferences"	No recommendations	"Statin-eligible patients should undergo a patient-centered discussion with their provider about the risks and benefits of statin therapy"	"Statin therapy should be considered in older adults free from CVD, particularly in the presence of hypertension, smoking, diabetes and dyslipidaemia" Note: "Since older people often have co-morbidities and have altered pharmacokinetics, lipid-lowering medication should be started at a lower dose and then titrated with caution to achieve target lipid levels that are the same as in younger subjects."
Secondary prevention			
Moderate-intensity statin therapy should be considered for individuals >75 years of age with clinical ASCVD" Note: consider adverse effects, drug–drug interactions, and patient preferences	No recommendations	"Patients who are >75 to <80 years of age may be treated with similar regimens after a careful consideration of the risk-benefit ratio of such therapy" "In patients ≥80 years of age, moderate intensity statin therapy should be considered based upon a provider-patient discussion of the risks and benefits of such therapy"	"Treatment with statins is recommended for older adults with established CVD in the same way as for younger patients" Note: "Since older people often have co-morbidities and have altered pharmacokinetics, lipid-lowering medication should be started at a lower dose and then titrated with caution to achieve target lipid levels that are the same as in younger subjects."

ACC/AHA, American College of Cardiology/American Heart Association; USPSTF, US Preventive Services Task Force; NLA, National Lipid Association; ESC/EAS, European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society; ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CVD, cardiovascular disease.

Il nostro possibile
strumento decisionale

A GUIDE TO deprescribing



STATINS

MAY 2016



www.consultantpharmacyservices.com.au



Australian Government



An Australian Government Initiative

While the Australian Government helped fund this document, it has not reviewed the content and is not responsible for any injury, loss or damage however arising from the use of or reliance on the information provided herein.

www.primaryhealthtas.com.au

AUTHORSHIP

This guide was written by Dr Peter Tenni and Dr David Dunbabin in consultation with the Deprescribing Clinical Reference Group.

permesso all'uso e alla traduzione italiana aprile 2019

Una guida alla deprescrizione delle statine: il contesto

- Questa guida considera l'uso degli inibitori dell'HMG-CoA reduttasi (statine) nel contesto della riduzione del rischio di eventi vascolari nella popolazione anziana.

Questo documento si basa su materiale originariamente sviluppato dal Tasmania PHN (Primary Health Tasmania) 1 all'interno del Australian Government's Primary Health Networks Program ad uso dei professionisti sanitari della Tasmania. www.primaryhealthtas.com.au. Permesso alla traduzione e all'uso dal Tasmania PHN ricevuto il 9 aprile 2019. Tradotto da Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, USA) e da Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia).

Punti di partenza

- Le statine sono **efficaci** nella **prevenzione secondaria** di eventi cerebrali e cardiaci, pur non esistendo studi specifici in pazienti di età superiore agli 80 anni.
 - NNT fra 20 e 40
- Le statine sono considerevolmente **meno efficaci** nella **prevenzione primaria** di eventi cardiaci e cerebrali;
 - NNT fra 70 e 130
- Il beneficio delle statine in termini di mortalità si riduce se la mortalità non-cardiovascolare è elevata.

Questo documento si basa su materiale originariamente sviluppato dal Tasmania PHN (Primary Health Tasmania) 1 all'interno del Australian Government's Primary Health Networks Program ad uso dei professionisti sanitari della Tasmania. www.primaryhealthtas.com.au. Permesso alla traduzione e all'uso dal Tasmania PHN ricevuto il 9 aprile 2019. Tradotto da Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, USA) e da Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia).

Punti di partenza 2

- La maggior parte della riduzione di LDL osservata, indipendentemente dalla statina usata, può essere raggiunta con la dose minima efficace
- Gli effetti collaterali delle statine sono correlati alla dose e alle concentrazioni plasmatiche, e sono più frequenti nei pazienti che utilizzano farmaci che possono interagire con le statine, o in pazienti che assumano dosi più alte.

Questo documento si basa su materiale originariamente sviluppato dal Tasmania PHN (Primary Health Tasmania) 1 all'interno del Australian Government's Primary Health Networks Program ad uso dei professionisti sanitari della Tasmania. www.primaryhealthtas.com.au. Permesso alla traduzione e all'uso dal Tasmania PHN ricevuto il 9 aprile 2019. Tradotto da Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, USA) e da Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia).

Strategie di deprescrizione

- ...il primo passo nella deprescrizione di una statina può essere quello di minimizzare gli effetti collaterali utilizzando la minima dose.
- Nei pazienti con ridotta aspettativa di vita, o con rischio relativamente basso di eventi cardiovascolari, o in coloro in cui sono comparsi effetti collaterali, si potrebbe considerare l'interruzione della terapia (o una temporanea sospensione per verificare la possibile riduzione degli effetti collaterali)

Questo documento si basa su materiale originariamente sviluppato dal Tasmania PHN (Primary Health Tasmania) 1 all'interno del Australian Government's Primary Health Networks Program ad uso dei professionisti sanitari della Tasmania. www.primaryhealthtas.com.au. Permesso alla traduzione e all'uso dal Tasmania PHN ricevuto il 9 aprile 2019. Tradotto da Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, USA) e da Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia).

Strategie di deprescrizione

- Le statine di solito possono essere interrotte senza necessità di scalare la dose.
- Nei pazienti con prognosi limitata, le statine dovrebbero essere interrotte.

Questo documento si basa su materiale originariamente sviluppato dal Tasmania PHN (Primary Health Tasmania) 1 all'interno del Australian Government's Primary Health Networks Program ad uso dei professionisti sanitari della Tasmania. www.primaryhealthtas.com.au. Permesso alla traduzione e all'uso dal Tasmania PHN ricevuto il 9 aprile 2019. Tradotto da Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, USA) e da Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia).

Continuare ? Interrompere ?

Valutare rischio/beneficio

	<i>In favore della continuazione</i>	<i>In favore della deprescrizione</i>
<i>Benefici principali</i> Riduzione di eventi vascolari e mortalità	<i>Benefici aumentati</i> • A più alto rischio cardiovascolare (in genere per la prevenzione secondaria) • In presenza di diabete tipo 2 in pazienti con età inferiore a 85 anni	<i>Benefici diminuiti</i> • A basso rischio cardiovascolare (prevenzione primaria) • Attesa di vita limitata a causa di comorbidità (demenza, scompenso cardiaco, malattie respiratorie, tumore)
<i>Rischi principali</i> Miopatia, Affaticamento	<i>Rischi diminuiti</i> • Uso di bassi dosaggi	<i>Rischi aumentati</i> • Malattia epatica pregressa • Presenza di fattori di rischio relativi al diabete • Presenza di interazione fra farmaci (es. fibrati, macrolidi, diltiazem, varapamil)

Questo documento si basa su materiale originariamente sviluppato dal Tasmania PHN (Primary Health Tasmania) 1 all'interno del Australian Government's Primary Health Networks Program ad uso dei professionisti sanitari della Tasmania. www.primaryhealthtas.com.au. Permesso alla traduzione e all'uso dal Tasmania PHN ricevuto il 9 aprile 2019. Tradotto da Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, USA) e da Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia).

In sintesi

Pro deprescrizione

- Breve aspettativa di vita
- Scarse condizioni funzionali generali
- Basso rischio di eventi cardiovascolari
- Presenza di potenziali effetti collaterali

Contro deprescrizione

- Aspettativa di vita di almeno 5 anni
- Buone condizioni funzionali generali
- Rischio elevato di eventi ricorrenti
- Coesistenza di altre patologie
 - Diabete non compensato
 - Insufficienza renale

Questo documento si basa su materiale originariamente sviluppato dal Tasmania PHN (Primary Health Tasmania) 1 all'interno del Australian Government's Primary Health Networks Program ad uso dei professionisti sanitari della Tasmania. www.primaryhealthtas.com.au. Permessso alla traduzione e all'uso dal Tasmania PHN ricevuto il 9 aprile 2019. Tradotto da Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA, USA) e da Marco Lombardi, MD (Azienda U.S.L. di Parma, Italia).