

Problematika non-adherence k léčbě u staršího pacienta a její řešení při individuální konzultaci ve veřejné lékárně

Jana Šolínová¹, Josef Malý^{2,3}

¹Lékárna U Zlatého hada, Cvikov

²Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové

³Nemocniční lékárna, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Individuální konzultace v lékárně poskytují vhodné podmínky pro identifikaci a řešení lékových problémů. Často se vyskytujícím lékovým problémem je non-adherence k léčbě. Cílem sdělení je na příkladu kazuistiky staršího pacienta ukázat možnost zachytu a řešení non-adherence pacienta ke zvolené farmakoterapii při poskytování farmaceutické péče ve veřejné lékárně.

Klíčová slova: farmaceutická péče, konzultační činnost, veřejná lékárna, management lékových problémů, adherence.

The topic of medication non-adherence of geriatric patient and its solution during the individual consultation in a community pharmacy

Individual consultations in a community pharmacy provide appropriate conditions for identifying and solving drug-related problems. Medication non-adherence is frequently occurred drug-related problem. The aim of this geriatric case report is to present the possibility of detection and solution of non-adherence to the selected pharmacotherapy during the pharmaceutical care in community pharmacy.

Key words: pharmaceutical care, consultation, community pharmacy, management of drug-related problems, adherence.

Úvod

Poskytování konzultačních služeb v lékárně je mimo jiné zaměřeno na management problémů spojených s podáváním léčiv (drug related problem – DRP). Mezi časté DRP patří non-adherence a nedodržení dávkového schématu užívaných léčiv.

Adherence je rozsah, ve kterém se pacientovo chování (užívání farmakoterapie a dodržování režimových opatření) shoduje s radami zdravotníka nebo standardy léčby. Adherence pacienta k léčbě je nedílným předpokladem její úspěšnosti (1). Problém nedostatečné adherence k léčbě se týká všech nemocných. V případě léčby vedoucí k potlačení symptomů se non-adherentní chování vyskytuje podstatně

méně často než v případě léčby chronických onemocnění (2). Faktorů určujících dobrou, respektive špatnou adherenci k léčbě existuje mnoho. Některé z nich nelze ovlivnit vůbec (osobnost pacienta, věk, pohlaví, kognitivní schopnosti) nebo je to možné obtížně (socioekonomické faktory). Přinejmenším ale lze identifikovat takové, které mohou hrát v daném případě nejvýznamnější roli a věnovat jim vyšší pozornost (3). Pacient navštěvuje lékárnu někdy častěji než ordinaci lékaře a v rámci farmaceutické péče je mu nabídnut prostor k edukaci a diskuzi s lékárníkem. Lékárník pak může významnou měrou ovlivnit názory a chování pacienta stran terapie či zachytit případné nesrovnalosti v pacientově adherenci.

Cíl sdělení

Cílem bylo poukázat na reálnou existenci DRP, zejména non-adherence, a možnosti jejich odhalení, řešení a míru akceptace intervencí farmaceuta poskytujícího individuální konzultace pacientům v lékárně.

Realizace

Individuální konzultace byly poskytovány formou diskrétního pohovoru s pacientem v konzultační místnosti lékárny základního typu s dvěma výdejními místy nacházející se v obci do 5 000 obyvatel, ve které se nenachází jiná lékárna. Při konzultaci byl veden písemný záznam do konzultačního formuláře. Zachyceno bylo několik konzultací během šesti let.

Charakteristika pacienta

Jednalo se o spolupracujícího pacienta narozeného v roce 1933. Pacient byl zaměstnán jako zemědělský technik, amatérský výtvarník, nyní je ve starobním důchodu. Donedávna žil s manželkou v malém domku ve městě, po smrti manželky zůstal v domě sám. Pacient má jednu dceru, která žije v sousedním městě, pravidelně se navštěvují. Do lékárny docházel samostatně, byl soběstačný a dobře pohyblivý bez velkého omezení.

Otec pacienta byl zdravý, pacient neuvedl, jakého věku se dožil. Příčinou úmrtí matky bylo kardiovaskulární onemocnění.

Údaje z aktuální osobní anamnézy (2016) získané od pacienta doplněné o objektivní informace z dokumentace praktického lékaře:

- arteriální hypertenze
- ischemická choroba srdeční
 - angina pectoris
 - stav po infarktu myokardu (před rokem 2009)
 - stav po infarktu myokardu s tromboembolickou komplikací (2012)
- diabetes mellitus
- benigní hyperplazie prostaty
- megaloblastická anémie
- gastroezofageální reflux

Pacient byl dispenzarizován v diabetologické, hematologické, urologické, dermatologické a interní ambulanci.

Další poznámky dle osobního sdělení pacienta:

- alergie neuvedl
- BMI v normě
- kuřák (5–6 cigaret za den)
- alkohol jen výjimečně
- 1–2 šálky kávy denně
- 3–4× týdně pravidelná fyzická aktivita ve formě dlouhých vycházek (2–3 hodiny)
- prodělal několik závažných hospitalizací (sepsa, hyperglykemie aj.)

Individuální konzultace v listopadu 2009 – záchyt non-adherence k inzulinoterapii

Při výdeji antidiabetik pacient opatrně zmínil nejasnost v otázkách správné aplikace, časování a dávkování inzulinu: „Je vhodnější několikrát denně aplikovat zakalený či čirý inzulin?“ Popisoval výkyvy v glykemiích, necítil

Tab. 1. Léková anamnéza pacienta v listopadu 2009

Concor 5 mg tbl.	bisoprolol	1-0-0
Tritace 2,5 mg tbl.	ramipril	1-0-0
Lescol XL tbl.	fluvastatin	0-0-1
Godasal 100 mg tbl.	kys. acetylsalicylová	1-0-0
Nitroglycerin tbl.	glyceroltrinitrát	dle potřeby
Helicid 20 mg cps.	omeprazol	0-0-1
Penester 5 mg tbl.	finasterid	1-0-0
Amaryl 3 mg tbl.	glimepirid	1-0-0
Insuman basal inj.	inzulin izophan	0-0-12 j.
Insuman rapid inj.	humánní inzulin	6 j.-6 j.-0
Vitamin B12 300 µg inj.	vitamin B12	1× denně
Rennie tbl.	uhličitán vápenatý, hořečnatý	1×1 (výjimečně)
Espumisan tbl.	simetikon	1–2× denně (občas)
Pangrol 20000 tbl.	pankreatin	1–3× denně (občas)

se již několik dní dobře. Bylo vyhodnoceno, že pacient s velkou pravděpodobností aplikoval inzulin nesprávně, v lékové kartě pacienta vedené v lékárně nebyly konkrétní léčivé přípravky zaznamenány (vyzvedl je v jiné lékárně). Pacient názvy léčiv neznal, diabetickou průkazku neměl při sobě a vzhledem k pozdní hodině nebylo možné ověřit farmakoterapii u lékaře. Pacient přijal pozvání ke konzultaci, doporučeno mu bylo přinést inzulinové přípravky, diabetickou průkazku, seznam všech užívaných léčiv a případně zprávu od ošetřujícího lékaře. Přes upozornění na nutnost rychlé intervence přišel až po třech dnech. Aktuální lékovou anamnézu (dle sdělení pacienta) sumarizuje Tab. 1.

Závěry z konzultace v lékárně

V rámci individuální konzultace bylo vyhodnoceno několik DRP.

Pacient aplikoval inzulinové přípravky v nesprávné dávce s nesprávným časováním. Bazální inzulin s protražovaným účinkem byl nesprávně užíván před snídáním současně s ranní dávkou glimepiridu 3 mg a dále před obědem. Rychle působící inzulin byl užíván v jedné dávce na noc. Popsaná situace pravděpodobně vedla k výkyvům glykemie. Pacient byl poučen o povaze jednotlivých typů inzulinových přípravků, způsobu aplikace, délce trvání účinku, aplikaci inzulinu ve vztahu k jídlu a dalším aktivitám a o způsobu skladování.

Rizikovými antidiabetiky z hlediska vyvolání hypoglykemie jsou inzulin a inzulinová sekretagoga (deriváty sulfonylurey, glinidy). Při jejich podávání může dojít k hypoglykemii především při užití nadměrné dávky léčiva, jeho sníženém odbourávání (např. při snížené funkci ledvin), zvýšené fyzické aktivitě, sníženém příjmu po-

travy a konzumaci alkoholu (4). Lehké formy hypoglykemie může zvládnout pacient sám konzumací 10–20 g jednoduchých sacharidů (např. krabička džusu, glukózové bonbony, med, kostkový cukr). Po požití rychlých sacharidů je vhodné ještě zkonsumovat jídlo s komplexními sacharidy (např. sušenky, rohlíky) (5). Přestože je kombinace perorálních antidiabetik typu derivátů sulfonylurey s inzulinoterapií poměrně riziková z hlediska možnosti vzniku hypoglykemie, pacient řešení hypoglykemie neovládal. Doporučeno bylo vždy nosit při sobě dávku jednoduchého cukru (zejména při dlouhých vycházkách) a zajistit pravidelný stravovací režim odpovídající potřebám diabetika i s ohledem na aplikaci inzulinu.

Ve farmakoterapii pacienta se nenachází metformin. Pokud diabetik 2. typu nemá kontraindikace pro užívání metforminu, měl by být inzulin kombinován s tímto léčivem (5). V případě diskutovaného pacienta nelze vyloučit možnou kontraindikaci metforminu vzhledem k několika hospitalizacím závažného charakteru, které uvedl. Z dostupných informací nelze problematiku potenciálně chybějícího léčiva ve farmakoterapii relevantně posoudit. Jelikož je terapie vedena diabetologem a pacient dochází na pravidelné kontroly, nebylo směrem k pacientovi vysloveno v této problematice konkrétní doporučení.

Pacient obvykle nenosí při sobě glyceroltrinitrát k řešení akutní anginózní příhody, přestože podniká dlouhé cesty po lese zcela osamocen. Doporučeno bylo nosit s sebou neustále alespoň 1–2 tablety, kontrolovat datum použitelnosti léčivého přípravku, která bývá poměrně krátká z důvodu nestability léčiva. Pacient byl poučen i o způsobu užití, kterým si nebyl jist.

Podání inhibitoru protonové pumpy 30 minut před snídaní zajistí optimální účinek (6). Pacientovi bylo doporučeno užívat omeprazol optimálně ráno, nalačno. Pacient občas řešil symptomy hyperaciditidy užitím antacid, byl edukován stran rizika lékových interakcí při současném kombinování antacid a dalších léčiv.

Při konzultaci byly dále objasněny indikace ostatních léčiv, vhodný způsob užití a rizika užívané farmakoterapie. Diskutována byla i relevantní nefarmakologická opatření, např. problematika nikotinizmu a možnosti řešení této závislosti.

Individuální konzultace na podzim 2012 – zásady antikoagulační terapie

Po infarktu myokardu s tromboembolickou epizodou na podzim 2012 byl pacient warfarinizován. Pacient byl poučen o rizicích a zásadách antikoagulační terapie. Dochází střídavě do několika lékáren.

Individuální konzultace v prosinci 2014 – žádost pacienta

V prosinci 2014 přišel pacient do lékárny s požadavkem na kontrolu léčiv, která má k dispozici v domácnosti. Bylo doporučeno zanechat v lékárně všechny léčivé přípravky k likvidaci z důvodu překročeného data použitelnosti. Přestože se v domácnosti nacházela řada léčiv, která by mohla být nevhodně kombinována, bylo ověřeno, že léčiva byla užívána správně. Aktuální lékovou anamnézu (dle sdělení pacienta) sumarizuje Tab. 2.

Individuální konzultace v prosinci 2015 – non-adherence k antikoagulační terapii

Pacient byl pozván ke konzultaci z důvodu opakovaného podezření na non-adherenci, potenciální DRP byl identifikován při dispensaci léčiv. Při diskuzi nad indikací léčivého přípravku Reasec tbl. pacient uvedl, že lékařem mu bylo doporučeno užívat Reasec tbl. a dále nepokračovat v terapii warfarinem z důvodu průjemových obtíží, které pacient dává do souvislosti s antikoagulační terapií. Další kontrola INR v ordinaci praktického lékaře byla naplánována za 4–5 týdnů, aktuální INR pacient uvedl v rozmezí hodnot 2–3, písemný záznam o kontrole INR pacient neměl s sebou. Jednu dávku

Tab.2. Léková anamnéza pacienta v prosinci 2014

Concor Cor 5 mg tbl.	bisoprolol	1-0-0
Tritace 5 mg tbl.	ramipril	1-0-0
Atoris 10 mg tbl.	atorvastatin	0-0-1
Warfarin 5 mg tbl.	warfarin	1 a 1/2-0-0 dle INR
Nitromint spray	glyceroltrinitrát	dle potřeby
Helicid 20 mg	omeprazol	1-0-0
Finex 5 mg tbl.	finasterid	1-0-0
Amaryl 3 mg tbl.	glimepirid	1-0-0
Humulin N inj.	inzulin izophan	0-0-12 j.
Humulin R inj.	humánní inzulin	6 j.-6 j.-0 j.
Pangrol 20000 tbl.	pankreatin	1–3× denně (občas)
Espumisan tbl.	simetikon	1–2× denně (občas)
Vitamin B12 300 µg inj.	vitamin B12	dávkování neuvedeno, dochází do ordinace praktického lékaře

Tab.3. Léková anamnéza pacienta v prosinci 2015

Concor Cor 5 mg tbl.	bisoprolol	1-0-0
Tritace 5 mg tbl.	ramipril	1-0-0
Warfarin 5 mg tbl.	warfarin	1 a 1/2-0-0
Nitromint spray	glyceroltrinitrát	dle potřeby
Finex 5 mg tbl.	finasterid	1-0-0
Amaryl 3 mg tbl.	glimepirid	1-0-0
Humulin N inj.	inzulin izophan	0-0-10 j.
Humulin R inj.	humánní inzulin	4 j.-4 j.-2 j
Vitamin B12 300 µg inj.	vitamin B12	1× za 2 týdny
Bactroban ung.	mupirocin	lokálně (7–10 dní na infikovaná poranění dle potřeby)
Pangrol 20000 tbl.	pankreatin	1–3× denně (občas)
Espumisan tbl.	simetikon	1–2× denně (občas)
Ortanol 20 mg	omeprazol	1-0-0 (dle potřeby)
Reasec tbl.	difenoxylat, atropin	1-0-1

warfarinu již pacient neužil, a to předešlý den. Praktický lékař nebyl dostupný, jednalo se o páteční odpoledne. Aktuální lékovou anamnézu sumarizuje Tab. 3.

Závěry z konzultace v lékárně

Bylo vyhodnoceno, že pacient nevhodně interpretoval záměr lékaře a bylo doporučeno pokračovat v užívání warfarinu. Dále bylo doporučeno v nejbližším možném termínu kontaktovat lékaře, který rozhodne o dalším směřování antikoagulační terapie.

Reasec (difenoxylat, atropin) se používá k symptomatické léčbě akutního i chronického průjmu různého původu (7). Difenoxylat je zařazen mezi potenciálně nevhodná léčiva ve stáří a nedoporučuje se užívat dlouhodobě v terapii průjmů z neznámých příčin z důvodu anticholinergních nežádoucích účinků (8). Léčivo nebylo po rozhovoru s pacientem vydáno, potíže pacienta se předchozí den upravily.

Mezi možnými příčinami průjemových obtíží u pacienta lze zmínit i dietní chybu, infekční etiologii, diabetickou neuropatii či jinou organickou

příčinu. V případě, že by se prokázal dávkově závislý nežádoucí účinek warfarinu a nebylo by možné nadále warfarin podávat, lze nasadit i jiná perorální antikoagulantia (dabigatran, apixaban a rivaroxaban). Při volbě antikoagulantia je nutné v první řadě respektovat schválené indikace jednotlivých léčiv. Skupina označovaná jako NOAC (Non-vitamin K Oral AntiCoagulants) má v jádře indikace obdobné (9). Indikace NOAC je vázána na ordinace ambulantních specialistů (internista, neurolog, kardiolog, angiolog, hematolog, ortoped a chirurg) (10).

Individuální konzultace v lednu 2016 – ověření interpretace předchozího doporučení, záchyt neošetřené rány

Pacient po několika upozorněních navštívil praktického lékaře, hodnota INR byla stanovena na 2,8. Pacient sledoval souvislost průjemových obtíží s užíváním warfarinu. U lékaře uvedl, že po několika dnech užívání dávky 7,5 mg se objevila řídká stolice, při snížení dávky na 5 mg se stav cca za 2 dny upravil. Praktický lékař do-

Tab. 4. Přehled hodnocených DRP v čase

Termín	Lékový problém	Léčivo(a)	Řešení
11/2009	Non-adherence, nevládnutí inzulinoterapie (záměna přípravků při aplikaci)	Insuman Basal, Rapid	Edukace pacienta, úprava časování a aplikace léčiv
11/2009	Non-adherence, neznalost způsobu použití, nedostupnost léčiva v čas potřeby	Nitroglycerin	Edukace pacienta
11/2009	Non-adherence, režimová opatření, neznalost řešení hypoglykemie	Amaryl 3 mg, Insuman Basal, Insuman Rapid	Edukace pacienta
11/2009	Nevhodné časování, není dosaženo optimálního účinku	Helicid 20 mg	Doporučeno užívat léčivo ráno nalačno
11/2009	Nevhodné časování, riziko lékové interakce	Antacida	Edukace pacienta, doporučen odstup mezi léčivy
12/2015	Non-adherence, nesprávná interpretace záměru lékaře, vynechání dávky léčiva	Warfarin 5 mg	Pokračovat v terapii, včasná kontrola INR
12/2015	Nevhodné léčivo	Reasec	Doporučeno podávat pouze krátkodobě, po rozhovoru s pacientem vyhodnoceno jako zbytečné léčivo
1/2016	Chybějící léčivo (sekundární prevence infarktu myokardu)	Statin	Předáno k řešení praktickému lékaři
1/2016	Non-adherence, režimová opatření stran diabetu, neakceptování rizik spojených se zhoršeným hojením ran		Edukace pacienta

poručil střídat dávku 5 mg a 7,5 mg v závislosti na obtížích pacienta za pravidelné kontroly INR po 3–4 týdnech.

V rámci individuální konzultace byla rovněž zachycena neošetřená léze na lokti, pacient byl poučen o rizicích otevřené rány, která nebyla sterilně kryta a vhodně ošetřena v souvislosti s diabetem. Vysvětleny byly možnosti hojení ran prostřednictvím praktického lékaře nebo dermatologa, byla doporučena kontrola v diabetologické ambulanci.

Ve farmakoterapii pacienta se nenachází aktuálně statin. Terapie statiny by měla být zvážena u pacientů starších 65 let s onemocněním koronárních, mozkových či periferních cév v anamnéze, kteří jsou nezávislí v aktivitách běžného denního života a jejichž odhadovaná doba přežití je delší než 5 let. Předpokladem je, že statiny nejsou u daného pacienta kontraindikovány (8). O potenciálním DRP byl informován

praktický lékař, dosud není známo, zda byl návrh na změnu v terapii přijat.

V terapii pacienta se nenachází antiagregační léčivo. Nízké dávky kyseliny acetylsalicylové, popř. jiné alternativy, jsou doporučeny v sekundární prevenci u všech pacientů se stabilní ischemickou chorobou srdeční (11). Kombinace antikoagulační a antiagregační terapie je zatížena zvýšeným rizikem krvácení způsobeným farmakodynamickou interakcí těchto léčiv (12). Rizikovými faktory pro vyšší výskyt krvácení jsou zejména věk, délka terapie, výskyt vředové choroby v anamnéze, alkoholismus, kouření a užívání dalších léčiv, jako např. nesteroidních antiflogistik. Roli může hrát i způsob stravování. Z hlediska dostupných informací o pacientovi nelze problematiku potenciálně chybějícího léčiva v terapii jednoznačně posoudit, stratifikaci rizika krvácení a prospěšnost kombinační terapie je nutné

provést zcela individuálně. Směrem k pacientovi proto nebylo v této otázce vysloveno jednoznačné doporučení.

Diskuze

DRP identifikované za období 2009–2016 včetně údajů o čase a navrženém řešení farmaceuta shrnuje Tab. 4.

Závěr

Za tárrou lékárny bylo možné díky cíleným dotazům zaměřeným na adherenci pacienta zachytit některé DRP. Při individuální konzultaci postavené na získání dalších informací o pacientovi a záměrech lékaře bylo možno identifikované DRP relevantně posoudit a řešit. Současně byly odhaleny i další DRP. Intervence farmaceuta v rámci individuální konzultace vedla ke zlepšení adherence pacienta a zvýšení účinnosti a bezpečnosti podávané farmakoterapie.

LITERATURA

- Matoulková P, Pavlatová J, Krulichová IS. Postoje a adherence diabetiků 2. typu k farmakologické léčbě – pilotní projekt. *Klin Farmakol Farm* 2012; 26(3): 113–116.
- Vrablík M. Adherence v léčbě hypertenze: pomohou nové lékové formy? *Interní Med* 2012; 14(11): 415–418.
- Vrablík M. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Med Praxi* 2013; 10(11–12): 369–371.
- Hendrychová T, Malý J. Péče o diabetika 2. typu. Doporučené postupy České lékařnické komory pro konzultační činnost v lékárnách. Česká lékařnická komora: Solen 2014; 5–29.
- Šmahelová A. Diabetologie pro farmaceuty. *Mladá fronta* 2011, 1. vydání, 170 s.

- Vlček J, Vytřsalová M, a kol. *Klinická farmacie II*. Grada Publishing 2014; 1. vydání, 22.
- Databáze léků SUKL – Reasec por tbl nob 20x2,5mg/0,025mg. SPC [online]. [citováno 23.2.2016]. URL: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0030652&tab=texts>.
- Červený R, Topinková E. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. *Geriatric, novelizace 2014*, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Praha 10. URL: <http://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-od-2013/DP-Geriatric-2014.pdf>. [citováno 22.2.2016].
- Bultas J, Karetová D. Výběr nemocných k léčbě NOAC – co zohlednit? *Interní Med* 2015; 17(3): 118–122.

- Společná dohoda VZP ČR, ČKS a SAS k preskripci antikoagulačních přípravků. [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna. [citováno 24.2.2016]. URL: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/leky-a-zdravotnicke-prostredky/spolecna-dohoda-vzp-cr-cks-a-sas-k-preskripci-antikoagulačních-přípravků>.
- Želízko M, Toušek F, Skalická H. Souhrn Doporučených postupů ESC pro diagnostiku a léčbu stabilní ischemické choroby srdeční – 2013. Česká kardiologická společnost. Cor et Vasa 2014; [citováno 7.3.2016]. URL: <http://www.kardio-cz.cz/doporučene-postupy-ceske-kardiologicke-spolecnosti-460/>.
- Rudolf K, Malý J. Co by měl lékárník vědět o lékových interakcích a nežádoucích účincích kardiiovaskulární terapie. *Prakt lékáren* 2010; 6(5): 240–243.