19 listopada 2022

Co powinien wiedzieć opiekun, aby zapobiegać geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu u swojego podopiecznego

Błędy jatrogenne to działania członków personelu medycznego, opiekunów nieformalnych, które szkodzą zdrowiu podopiecznego. Mogą doprowadzić do zmiany zachowania pacjenta, pogorszenia choroby podstawowej, wydłużenia czasu leczenia, rozwoju nowych chorób, kalectwa, a nawet śmierci pacjenta. Błędy jatrogenne mogą sprawić pogorszenie stanu zdrowia nie tylko fizycznego, lecz także psychicznego. Może nawet dojść do rozwoju chorób psychicznych, np. nerwic lękowych, fobii. Błędy jatrogenne mogą pojawić się etapie komunikowania (przekazywania i odbioru informacji), badania, leczenia, pielęgnowania, mogą obejmować niewłaściwą postawę wobec podopiecznego. Błędem jatrogennym będzie więc:

- krytykowanie, ocenianie i obwinianie pacjenta przez lekarza, pielęgniarkę itd.
- używanie niezrozumiałego języka, niejasne i nieprecyzyjne informowanie pacjenta (źle zrozumiana informacja może być odebrana jako zagrożenie i spowodować nieuzasadniony niepokój pacjenta)
- nieinformowanie pacjenta o jego stanie zdrowia (brak informacji może prowokować silny lęk u chorego i pogorszenie jego samopoczucia)
- straszenie w celu zmotywowania pacjenta
- przedmiotowe traktowanie pacjenta - prowadzenie ważnych rozmów z pacjentem w obecności osób postronnych itp.
- nieinformowanie pacjenta o jego stanie zdrowia (brak informacji może prowokować silny lęk u chorego i pogorszenie jego samopoczucia)
- przedmiotowe traktowanie pacjenta - prowadzenie ważnych rozmów z pacjentem w obecności osób postronnych itp.
- nieodpowiednie podawanie leków, prowadzące niekiedy do farmakomanii. Ryzyko to pojawia się przy równoczesnym podawaniu dwóch lub więcej leków. Może dojść do niepożądanej interakcji leków, które polega na osłabieniu lub nasileniu ich działania, lub pojawieniu się objawów toksycznych (jatrogenia lekowa)
- rozwój nowej choroby (choroby jatrogennej) wskutek leczenia choroby pierwotnej
- wykonywanie operacji lub innego rodzaju leczenia bez odpowiednich wskazań

Błąd jatrogenny może popełnić opiekun, który zaniedbuje swoje obowiązki. Na przykład podczas

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

opieki nad nieprzytomnym, niesamodzielnym pacjentem. Konsekwencją mogą być odparzenia, odleżyny, zwichnięcia stawów (zwłaszcza barkowych), zerwanie lub uszkodzenie mięśni i ścięgien, a nawet uszkodzenia gałek ocznych. Nieprzestrzeganie zasad higieny może również doprowadzić do zakażenia. Przykładami błędów jatrogennych, będzie pozbawianie chorego snu i wypoczynku (np. zrywanie chorego o 5 rano w celu zmierzenia temperatury), głośne rozmowy, trzaskanie drzwiami itp.

Geriatryczny zespół jatrogenny: zapobieganie

Problemy lekowe są nasilone bardzo często przez niewłaściwie zlecone leczenie, które wywołuje dolegliwości określane jako jatrogenny zespół geriatryczny. Takie schorzenia stanowią aż 30% problemów w geriatrii i często są przyczyną hospitalizacji pacjentów w podeszłym wieku.

Polifarmakoterapia, politerapia, to właściwe postępowanie terapeutyczne, polegające na świadomym, bezpiecznym i skutecznym leczeniu pacjenta kilkoma lekami. Przewaga stosowania politerapii nad monoterapią w przypadku wielu chorób wynika głównie z wykorzystania odmiennych mechanizmów działania leków, co pozwala na zastosowanie niższych dawek, ograniczenie skutków ubocznych i osiągnięcie korzystniejszych efektów leczniczych. Niestety, w ostatnich latach coraz częściej odnotowuje się wprowadzanie terapii złożonych, które nie mają uzasadnienia naukowego. Dodatkowo ilość stosowanych leków wśród populacji zwiększa się ze względu na ich nadużywanie i stosowanie poza wskazaniami, a także powszechne zjawisko samoleczenia. Nieracjonalne, szkodliwe stosowanie wielu leków równocześnie określane jest jako **polipragmazją**, niewłaściwa terapia lekowa, to przyjmowanie przez chorego więcej niż 5 leków jednocześnie. Bardzo ważnym terminem w zjawisku polipragmazji jest **kaskada farmakologiczna**, czyli leczenie dolegliwości wynikających z działań niepożądanych leków poprzez włączenie kolejnego leku. Jednym z najprostszych przykładów są obrzęki występujące przy stosowaniu blokerów kanałów wapniowych, które są leczone diuretykami. Te leki z kolei przyczyniają się do hiperurykemii i napadów dny moczanowej, w przypadku których stosowane są leki przeciwbólowe. Związki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), stosowane długotrwale, są przyczyną dyspepsji i mogą prowadzić do rozwoju choroby wrzodowej, w związku z czym zalecane jest jednoczesne przyjmowanie inhibitorów pompy protonowej (IPP). W ten sposób, stosowanie jednej grupy leków powoduje włączenie do terapii trzech kolejnych. Każda z nich może wywoływać dodatkowo inne skutki uboczne, takie jak ból głowy, biegunki czy wymioty, co w większości przypadków spowoduje sięgnięcie przez pacjenta po leki bez recepty (OTC). Także dostępność na rynku wielu **generyków** powoduje, że pacjenci niejednokrotnie stosują dwa preparaty pod inną nazwą handlową, zawierające te same związki aktywne. Uwzględniając przyczyny oraz konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne polipragmazji, należy dołożyć wszelkich starań, by zapobiegać temu zjawisku. Istotną rolę w walce z tym problemem przypisuje się nie tylko lekarzom, ale również farmaceutom. Kontrola ilości i jakości przyjmowanych leków powinna być zainicjowana podczas każdej wizyty lekarskiej, zwracając uwagę

na nazwy substancji leczniczych w lekach generycznych. Niezbędne jest także staranne zebranie wywiadu dotyczącego przyjmowanych leków bez recepty (OTC), ponieważ pacjenci – często wprowadzeni w błąd przez agresywne kampanie reklamowe – nie widzą potrzeby poinformowania lekarza o ich przyjmowaniu. Nie są także świadomi ich wielokierunkowego działania i wpływu na leki stosowane z przepisu lekarza. Stosowanie zdublowanych preparatów i interakcje lekowe mogą zaobserwować również farmaceuci, realizując receptę i jednocześnie wydając preparaty OTC na życzenie pacjenta. Nawet krótka rozmowa z pacjentem może pomóc wyeliminować zbędne preparaty, których stosowanie może obniżać skuteczność leczenia, a nawet szkodzić. Podczas rozmowy z pacjentem, farmaceuci mogą ocenić także skutki leczenia, co łatwo zaobserwować np. u osoby, która z przepisu lekarza zażywa silne leki przeciwbólowe, a z powodu braku ich skuteczności – dodatkowo prosi o wydanie leku przeciwbólowego z grupy OTC. Zdarzają się również sytuacje przyjmowania przez pacjentów leków na dolegliwości, które już nie są odczuwalne (np. ból, nadkwasota, czy wyleczony stan zapalny). Zawsze należy rozważyć zaprzestanie lub modyfikację dotychczas stosowanych leków i ich dawek przypadku wyleczenia lub wyraźnego zmniejszenia dolegliwości. W zalecaniu farmakoterapii lekarze powinni zawsze uwzględniać korzyści i ryzyko stosowania jednego leku zamiast kilku w leczeniu danego schorzenia. Dotyczy to również preparatów OTC i suplementów diety, a kontrolę nad ich wydawaniem mają przede wszystkim farmaceuci. Przewaga monoterapii nad politerapią dotyczy przede wszystkim leków, które mają dobroczynny wpływ na wiele schorzeń. Dobrym przykładem jest wykorzystanie plejotropowych właściwości ACEI (inhibitorów konwertazy angiotensyny) u chorych na cukrzycę typu 2 współistniejącą z chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością serca. Szczególnie ważną rolę w zapobieganiu zjawisku polipragmazji przypisuje się kryteriom Beersa. Opisują one interakcje leków i działania niepożądane oraz szacują stosunek zysków do strat w przypadku leczenia osób w podeszłym wieku. Kryteria Beersa proponują bezpieczną farmakoterapię uwzględniającą różny stopień bezpieczeństwa, dzieląc leki na trzy grupy, tzn. grupę I – leki niepolecane po 65. roku życia (unika się ich stosowania), grupę II – leki, które nie powinny być stosowane u pacjentów po 65. roku życia w przypadku współistnienia niektórych schorzeń oraz grupę III – leki, których użycie powinno być ograniczone po 65. roku życia (stosuje się ostrożnie).

Przykładem leków z grupy I w rekomendacjach Beersa są nieselektywne inhibitory cyklooksygenaz (np. ketoprofen, diklofenak, naproksen), co oznacza, że leki te nie powinny być stosowane długotrwale w leczeniu pacjentów powyżej 65. roku życia, głównie z powodu zwiększonego ryzyka powikłań ze strony przewodu pokarmowego. Ograniczenie NLPZ (a w szczególności indometacyny) jest wyjątkowo istotne w grupie pacjentów o wysokim ryzyku, tj. chorych powyżej 75. roku życia leczonych glikokortykosteroidami, lekami przeciwzakrzepowymi i przeciwagregacyjnymi. Włączenie inhibitorów pompy protonowej (IPP) lub mizoprostolu redukuje wystąpienie niektórych powikłań, ale nie eliminuje ich całkowicie. Stanowią one natomiast dodatkowy lek w terapii, który sam również wywołuje działania niepożądane. Ponadto same leki z grupy IPP znajdują się na liście Beersa.

Obecnie przyjmuje się, że długotrwałe leczenie inhibitorami pompy protonowej jest obarczone zwiększonym ryzykiem zakażeń *Clostridium difficile*, utratą masy kostnej oraz zwiększonym ryzykiem złamań (nawet o 25-50% w przypadku stawu biodrowego). W kryteriach Beersa wymieniane są ponadto interakcje leków z grupy NLPZ, które obniżają skuteczność leczenia chorych z nadciśnieniem tętniczym, zwiększając ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych.

Leki przeciwdepresyjne nie powinny być lekami pierwszego rzutu u osób chorujących jednocześnie na depresję i cukrzycę, ponieważ podwyższają one poziom noradrenaliny, która pogarsza kontrolę poziomu glukozy surowicy poprzez wpływ na glikogenolizę w wątrobie, mięśniach i obniżenie produkcji insuliny. Jako kolejne przykłady leków potencjalnie szkodliwych u osób starszych można wymienić leki przeciwpsychotyczne, które zwiększają ryzyko upadków (w wyniku ich działania sedatywnego i ortostatycznych spadków ciśnienia) oraz leków moczopędnych (zwiększających parcie na mocz, co wymusza częstą i szybką potrzebę skorzystania z toalety). Inną grupą leków niezalecanych u pacjentów geriatrycznych są leki o silnym działaniu cholinolitycznym, m.in. trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. Przykładem jest amitryptylina, która powoduje klinicznie istotne pogorszenie funkcji poznawczych oraz podwyższenie ryzyka majaczenia i nadmiernej sedacji. Stosowana przewlekle u osób powyżej 65. roku życia może wywoływać hipotonię ortostatyczną zakończoną upadkami oraz nasilać objawy choroby wieńcowej. Ponadto nie jest rekomendowane łączenie amitryptyliny z innymi lekami psychotropowymi (takimi jak benzodiazepiny, leki przeciwpsychotyczne, nasenne) ze względu na zwiększenie prawdopodobieństwa groźnych upadków.

Tak jak rozpoznawać, tak i zapobiegać geriatrycznemu zespołowi jatrogennemu nie jest łatwo. Jest to jednak jak najbardziej możliwe. Najistotniejsze w tym przypadku jest dokładne planowane leczenia farmakologicznego u osób starszych. Przed włączeniem jakiegokolwiek nowego leku należy zwrócić uwagę na to, jakie środki zażywał on dotychczas i dobierać taki preparat, który nie będzie wchodził z nimi w interakcje. Uwagę należy zwracać także i na dawkowanie farmaceutyków. U osób starszych, szczególnie tych, które cierpią na zaburzenia czynności nerek czy wątroby, dawki leków nierzadko powinny być odpowiednio zmniejszone. W przypadku zaś tych pacjentów, którzy są hospitalizowani, zawsze należy unikać zbyt długiego ich unieruchomienia. Powinni oni być nakłaniani do aktywności ruchowej. A gdy pacjent sam nie jest w stanie się poruszać, można u niego zredukować ryzyko geriatrycznego zespołu jatrogennego dzięki rehabilitacji.

Piśmiennictwo

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018.
2. Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I. Wielolekowość, choroby współistniejące i upadki u chorych z przewlekłą niewydolnością serca w wieku podeszłym. Geriatria 2014; 8: 1-12.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT