02 listopada 2023

Nieprawidłowości w leczeniu osób starszych

Okres starości wg ŚOZ ma następujące etapy: od 60-75. r.ż. – wiek podeszły (tzw. wczesna starość), od 75-90. r.ż. – wiek starczy (tzw. późna starość), 90. r.ż. i więcej – wiek sędziwy (tzw. długowieczność). Osoby w wieku podeszłym są w dużej mierze tą grupą pacjentów, którzy doświadczają chorób przewlekłych – chorób posiadających wg ŚOZ jedną z poniższych cech: są długotrwałe, mogą wiązać się z częściową niepełnosprawnością chorego, często w ich przebiegu dochodzi do nieodwracalnych zmian patologicznych, chorzy wymagają specjalnej edukacji, rehabilitacji oraz wieloletniej obserwacji, opieki i nadzoru . Odpowiedź na leczenie jest ważnym, jeśli nie jednym z najważniejszych aspektów procesu terapeutycznego chorób przewlekłych. Nieprzestrzeganie zasad terapii długoterminowej niesie za sobą zwiększoną częstość hospitalizacji, a co za tym idzie zwiększone obciążenie finansowe ochrony zdrowia.

Ze względu na to, że wciąż nie mamy w języku polskim odpowiedniego określenia dla działań sprzyjających prawidłowemu przestrzeganiu zasad terapii długoterminowej używamy często angielskiego słowa *adherence* w celu opisania dwóch zjawisk – stopnia stosowania się do zaleceń lekarskich *compliance* oraz czasu, w którym terapia jest prowadzona *persistence*. A dla nieprzestrzegania zasad długoterminowej terapii stosuje się termin *poor adherence* lub *non-adherence*. Najczęściej wykorzystywanym i używanym wykładnikiem stosowania się do wskazań i zaleceń lekarskich *compliance* jest wskaźnik MPR *(Medication Possesion Ratio*), czyli stosunek liczby dawek leku przyjętych przez pacjenta w danym okresie do zalecanej przez lekarza liczby dawek. Zaś miarą ciągłości (*persistence*) – jest procent pacjentów pozostających w terapii w zaleconym okresie czasu (bez przerw dłuższych niż 30 dni).

Przyczyna różnej skuteczności terapii u pacjentów z chorobami przewlekłymi może znajdować się po stronie pacjenta, lekarza lub wynikać z samej istoty choroby. Powodzenie leczenia zależy od wielu czynników, ale w szczególności od efektywności działania leków oraz przestrzegania zasad terapii, cech osobowościowych pacjenta (indywidualnych, a także warunków socjoekonomicznych, organizacji i dostępności ochrony zdrowia), charakterystyki samej choroby przewlekłej i sposobu jej leczenia. Tak więc wśród czynników determinujących *adherence* są: charakter samej choroby, czas trwania leczenia, efekty uboczne leków, koszty leczenia, niezaprzeczalnie właściwa relacja lekarz-pacjent, pielęgniarka/opiekun-pacjent oraz warunki socjoekonomiczne, a także odpowiednie monitorowanie terapii. W literaturze jest wiele dowodów na to, że pacjenci z chorobami przewlekłymi (w tym osoby starsze) mają trudności w realizacji terapii, co daje gorsze wyniki leczenia, a tym samym gorszą kontrolę choroby. Problemy z przestrzeganiem terapii pojawiają się wszędzie tam, gdzie wymagana jest określona samokontrola choroby, bez względu na charakter

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 ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

procesu chorobowego, jego przewlekłość czy dostępność opieki zdrowotnej. Ta samokontrola jest bardziej upośledzona u osób starszych, często dotkniętych wieloma chorobami przewlekłymi, ze znacznym stopniem niepełnosprawności psychoruchowej (pogorszenie funkcji poznawczych, ruchowych, majaczenie, depresja).

Przestrzeganie zasad długoterminowej terapii (*adherence*) przez osoby starsze zależy od wielu czynników, w szczególności od właściwej relacji pacjent – lekarz, motywowania pacjenta do stosowania terapii, ale także od stosowania kontroli przestrzegania zaleceń, prostoty schematu i monitorowania leczenia, jak najmniejszej ilości objawów niepożądanych, co za tym idzie większego zadowolenia z terapii. Według danych ŚOZ z 2003 r. aż 50% pacjentów z chorobami przewlekłymi przerywa leczenie, a co piąty (20%) w ogóle nie realizuje recept, co potwierdzają liczne badania kliniczne dotyczące przestrzegania zasad terapii długoterminowej w chorobach przewlekłych. Jest to wynikiem skomplikowanego dawkowania leków, ich tolerancji, a także w przypadku niektórych chorób braku objawów klinicznych (przebieg asymptomatyczny choroby, jak to ma miejsce w przypadku osteoporozy), co powoduje niski poziom postrzeganego zagrożenia zdrowia i nie motywuje chorego do kontynuacji terapii. Doprowadza to do niewłaściwej kontroli choroby, pogorszenia stanu zdrowia pacjenta z powodu zaostrzenia choroby podstawowej z jej możliwymi powikłaniami, pogorszenia jakości życia, zwiększa śmiertelność, liczbę dodatkowych hospitalizacji, a ochronę zdrowia obciąża dodatkowymi kosztami.

Niepowodzenie w leczeniu chorób przewlekłych z powodu nieprzestrzegania zalecanej terapii dotyczy zarówno krajów rozwijających się, jak i bardzo bogatych – z dobrze funkcjonującym systemem ochrony zdrowia. W krajach rozwijających jest to bardziej nasilone, co wynika m.in. z gorszej dostępności do ochrony zdrowotnej, ubóstwa społeczeństwa itp. W Chinach, Gambii i na Seszelach tylko odpowiednio 43, 27 i 26% chorych z nadciśnieniem tętniczym stosuje się do zalecanej przez lekarza terapii; w krajach dobrze rozwiniętych, jak np. USA, równie mało, bo tylko 51% (2,18). W USA, Wielkiej Brytanii i Wenezueli prawidłową kontrolę ciśnienia tętniczego krwi u osób leczonych z powodu nadciśnienia miało odpowiednio 30, 7 i 4,5%. Podobnie niepokojące są dane dotyczące pacjentów leczących się z powodu depresji: 40-70% chorych akceptuje i przestrzega leczenia, astmy oskrzelowej – regularnie przepisane leki zażywa tylko 43%. *Poor adherence/non-adherence*, jest główną przyczyną uniemożliwiającą pacjentowi osiągnięcie pełnych korzyści z leczenia. To z kolei powoduje komplikacje medyczne, obniża w znacznym stopniu jakość życia, może powodować nasilenie rozwoju oporności na stosowane leczenie, i obciąża kosztami system ochrony zdrowia.

Do nieprawidłowości w leczeniu osób starszych, którym należy zapobiegać zalicza się:

polipragmazję - stosowanie większej liczby środków leczniczych niż jest to wskazane klinicznie, co prowadzi do nadmiernego podawania leków; to zażywanie pięciu i więcej leków (polipragmazja mała)

Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

lub dziesięciu i więcej (polipragmazja duża). Politerapia stosowana w przypadku wielochorobowości może być korzystna, jeżeli skojarzone leki wykazują działanie terapeutyczne i nie nasilają działań niepożądanych. W przypadku polipragmazji często jednak stosowane łącznie leki nie poprawiają efektów terapii, zwiększają natomiast wzajemne ryzyko działań niepożądanych, prowadzą niekiedy do zmiany lub zniesienia działania farmakologicznego. Wśród przyczyn polipragmazji wymienia się: choroby przewlekłe (cukrzyca, nadciśnienie, depresja, choroba zwyrodnieniowa stawów); brak koordynacji opieki medycznej w przypadku wielospecjalistycznego leczenia; samoleczenie chorych.

nieodpowiednie stosowanie leków – to przepisywanie preparatów, których przyjmowanie niesie większe ryzyko niż potencjalne korzyści; to leczenie niezgodne z obowiązującymi standardami farmakoterapii, dotyczącymi: dawkowania, czasu leczenia, ponawiania terapii lub problemów z interakcjami lekowymi.

farmakoterapię zbędną – podawanie leków, dla których aktualnie nie ma wskazań. Jest ona najczęściej elementem bezrefleksyjnej kontynuacji leczenia, które nie uwzględnia zmieniającego się stanu klinicznego pacjenta. W praktyce dotyczy to takich leków, jak np.: inhibitory pompy protonowej, piracetam, leki przeciwhistaminowe, sole potasu.

farmakoterapię jatrogenizacyjną – kiedy preparaty podawane są mimo obecności przeciwwskazań lub ograniczeń w ich stosowaniu; dotyczy ona także sytuacji, gdy jednocześnie stosowane są leki, które zwiększają ryzyko powikłań w mechanizmie sumowania działań niepożądanych; występuje również, gdy zastosowana farmakoterapia indukuje interakcje lek-choroba. Najczęściej dotyczy to: dłuższego niż 8 tygodni podawania benzodiazepin; przyjmowania przez osoby z otępieniem leków, takich jak zolpidem, zopiklon, zaleplon; nieprawidłowego dawkowania haloperydolu; stosowania leków o ośrodkowym działaniu antycholinergicznym u osób w starszym wieku (pogorszenie pamięci, koncentracji uwagi, majaczenie aż do śpiączki włącznie; tachykardia zwiększająca ryzyko zaostrzenia niewydolności serca; zaburzenie widzenia i upadki; zmniejszenie wydzielania śliny utrudniające przyjmowanie posiłków; suchość dróg oddechowych z utrudnianiem oczyszczania drzewa oskrzelowego; zaburzenia wydzielania potu; zaparcia wymagające środków przeczyszczających; trudności w oddawaniu moczu prowadzące do jego zatrzymania).

niedostateczne stosowanie leków – dyskryminacja ze względu na wiek przy kwalifikacji do określonych terapii lekowych, np. przeciwnowotworowych, czy zaniechanie leczenia przeciwdepresyjnego, przeciwbólowego, czy rzadkie zlecanie leków opioidowych u osób starszych przebywających w instytucjach opieki długoterminowej.

kaskadę przepisywania – wynika z błędnego zakwalifikowania polekowego działania niepożądanego jako nowego problemu medycznego wymagającego farmakoterapii. W efekcie wzrasta liczba stosowanych leków oraz objawów niepożądanych i ryzyko interakcji lekowych. Do

często obserwowanych kaskad lekowych należą:

- pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego przy stosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych z koniecznością intensyfikacji leczenia hipotensyjnego;

- podwyższenie stężenia kwasu moczowego przy leczeniu diuretykami i włączanie leczenia obniżającego jego poziom;

- parkinsonizm polekowy po neuroleptykach, flunaryzynie, cynaryzynie, metoklopramidzie z następczym leczeniem lewodopą;

- suchy kaszel po inhibitorach konwertazy angiotensyny jako powód nieuzasadnionej antybiotykoterapii;

- obrzęki po blokerach kanału wapniowego leczone diuretykami;

- zaparcia polekowe (po zastosowaniu np. opioidów, blokerów kanałów wapniowych) leczone środkami przeczyszczającymi, które mogą prowadzić do zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej.

- **zespoły jatrogenne** – szkodliwy efekt procedur diagnostycznych lub terapeutycznych, np. leków, operacji; wiek stanowi istotny czynnik ryzyka tego typu powikłań, ze względu na wyższą częstotliwość schorzeń, stosowane przewlekle leki, zmiany w farmakokinetyce i farmakodynamice leków, wyższe narażenie na konieczność procedur inwazyjnych.

- **brak współpracy przy leczeniu**.

Piśmiennictwo:

1. Wąsowski M.: Przestrzeganie zasad leczenia – czy jest problemem u osób w wieku podeszłym? Postępy Nauk Medycznych 2011, 5: 446-452.
2. Szczerbińska K., Puto G. (red.): Opieka długoterminowa w geriatrii. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023.

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 ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit