

Monika Biercewicz¹, Justyna Szrajda², Beata Haor³, Kornelia Kędziora-Kornatowska¹

¹Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy

²Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego Collegium Medicum w Bydgoszczy

³Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej Collegium Medicum w Bydgoszczy

Polipragmazja istotnym zagadnieniem w opiece nad pacjentem w wieku podeszłym

Polypharmacy – an important issue in elderly patients care

STRESZCZENIE

Wraz ze zmianami demograficznymi zachodzącymi zarówno w Polsce, jak i pozostałych państwach starego kontynentu zasadne jest zwrócenie szczególnej uwagi na sytuację zdrowotną i problemy, jakie pojawiają się w starszej grupie wiekowej pacjentów. Istotnym problemem zarówno w aspekcie zdrowotnym, jak i ekonomicznym, jaki wynika z wielochorobowości wieku starszego, jest poruszone w artykule zagadnienie polipragmazji i wielolekowości. W artykule opisano także najważniejsze zasady postępowania podczas leczenia farmakologicznego osób w wieku podeszłym z uwzględnieniem działań pielęgniarstkich oraz roli pielęgniarki geriatrycznej.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (1): 102–105

Słowa kluczowe: geriatria, polipragmazja, osoby starsze, interakcje lekowe

ABSTRACT

With the demographic changes taking place in Poland and other European countries, it is reasonable to pay particular attention to the health situation and problems that occur in elderly patients. The article focuses on polypharmacy, resulting from polypathology in elderly patients, which seems to be a major problem both in terms of health and economy. The authors also discuss the most important rules of conduct during pharmacological treatment in the elderly with respect to the nursing actions and the role of geriatric nurses.

Nursing Topics 2012; 20 (1): 102–105

Key words: geriatrics, polypharmacy, elderly, drug interactions

Wstęp

Według wielu prognoz demograficznych ludność Unii Europejskiej będzie się starzeć — zwiększy się udział w populacji ludzi w wieku 65 lat i starszych z poziomu 17,1% w 2008 roku do 30,0% w 2060 roku oraz tych w wieku ponad 80 lat z 4,4% do 12,1% w tym samym okresie. Prognozy przygotowane przez badania Eurostat wskazują, że ludność UE będzie się starzeć w ciągu całego badanego okresu, szczególnie poprzez ustawicznie niski wskaźnik dzietności oraz rosnącą liczbę osób dożywających starości. Proces starzenia wystąpi we wszystkich państwach członkowskich („siewienie kontynentu”). W 2060 roku udział ludności w wieku 65 lat i większym wzrośnie z 23,6% w Luksemburgu, 24,7% w Wielkiej Brytanii i 25,0% w Danii do 36,2% w Polsce, 36,1% w Słowacji i 35,0% w Rumunii [1].

Obserwowany od dłuższego czasu proces starzenia się ludności w Europie wywołuje coraz większe implikacje niemal we wszystkich dziedzinach życia społeczeństw europejskich. Zachodzące zmiany demograficzne powinny znajdować także odzwierciedlenie w systemach opieki zdrowotnej poszczególnych państw starego kontynentu. Szczególną uwagę należy zwrócić na sytuację osób starszych — ich potrzeby oraz pojawiające się problemy zdrowotne, a także zapotrzebowanie na świadczenie usług medycznych dla pacjentów w podeszłym wieku, uwzględniając możliwości, jakie daje geriatria. Biorąc pod uwagę, że w Polsce duża grupa osób leczonych w systemie ambulatoryjnym, hospitalizowana na różnych oddziałach oraz przebywająca w domach pomocy społecznej czy zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych to w większości starsi pacjenci z wie-

Adres do korespondencji: mgr Monika Biercewicz, Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85–094 Bydgoszcz, tel. (52) 585 49 00, faks (52) 585 49 21, e-mail: kamamb@cm.umk.pl

lochorobowością, występowanie zjawiska polipragmazji stanowi istotny i bardzo częsty problem medyczny dotyczący szczególnie tej grupy wiekowej.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie problemu polipragmazji u pacjentów w wieku podeszłym oraz konsekwencji, jakie wiążą się z nadużywaniem i niewłaściwym stosowaniem leków.

Polipragmazja i jej skutki

Polipragmazja to zażywanie przez chorego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcjami albo przepisywanie nadmiernej liczby leków bez wyraźnej potrzeby. Istnieje związek między liczbą lekarzy wypisujących recepty a polipragmazją wieku podeszłego, która jest markerem współistnienia kilku chorób. Mimo że politerapia i polipragmazja to terapie wielolekowe, określić tych nie powinno się używać zamiennie. Politerapia u wielu chorych jest korzystna i niezbędna w sytuacji, gdy monoterapia staje się niewystarczająca i nieskuteczna. Istotą politerapii jest poprawienie efektu leczniczego poprzez zastosowanie odpowiedniego zestawienia leków dostosowanego do stanu zdrowia pacjenta i jego chorób współistniejących. Ordynacja leków wymaga od lekarza bezwzględnie znajomości: mechanizmów działania, ich farmakokinetyki, objawów niepożądanych i możliwych interakcji. Postępowanie takie nie jest łatwe — wraz z posiadaną wiedzą farmakologiczną istotna jest także rozważa w doborze leku oraz odpowiednie doświadczenie.

Analizując dane statystyczne z badań zajmujących się zagadnieniem polipragmazji w odniesieniu do osób starszych, bezdyskusyjnie można się zgodzić, że jest to największa grupa pacjentów przyjmująca farmaceutyki i są to osoby najbardziej podatne na wystąpienie powikłań, jakie wiążą się z polipragmazją (skutki uboczne, interakcje). Onder i wsp. oraz Nobili i wsp. [2, 3], badając zjawisko polipragmazji wśród osób starszych, uważają, iż jeszcze bardziej są narażone kobiety oraz osoby niedawno hospitalizowane. W Wielkiej Brytanii 20% populacji liczy 60 lat, ale chorzy w tym wieku otrzymują 52% wszystkich recept, z których większość jest powtarzana. Wśród chorych powyżej 75 lat 36% pobiera cztery lub więcej leków. Z kolei w Stanach Zjednoczonych pacjenci powyżej 65. roku życia stanowią około 13% populacji, ale pobierają około 30% wszystkich zapisywanych leków [4]. W analizie Sloneya wykazano, iż w grupie osób ≥ 65 . roku życia (kobiety v. mężczyźni) 94% v. 91% przyjmuje jakikolwiek lek, 57% v. 44% przyjmuje ≥ 5 leków, a 10 i więcej medykamentów przyjmuje 12% badanych osób (zarówno kobiety, jak i mężczyźni) [5]. Wyniki badań w Polsce wykazują, iż ponad połowa starszych pacjentów stosuje w codzien-

nym schemacie leczenia więcej niż 5 leków jednocześnie, a częściej niż co 10. — co najmniej 10 leków [6]. Podobne dane są wskazane we wstępnych doniesieniach z badań starszej populacji Polski — PolSenior [7]. Wraz z liczbą przyjmowanych leków wzrasta wykładniczo ryzyko występowania polekowych działań niepożądanych. Ryzyko to wynosi 5,6% w przypadku równoczesnego pobierania dwóch leków, przy 5 lekach wynosi 50%, natomiast przy 8 i więcej wzrasta do 100% [8]. W publikacji Fulton i Allen oszacowano, iż ryzyko wystąpienia niekorzystnych interakcji w zależności od liczby stosowanych leków klasyfikuje się na następujących poziomach: 2 leki — ryzyko na poziomie 13%, 5 leków — ryzyko na poziomie 58%, a w przypadku stosowania 7 leków i więcej ryzyko kształtuje się na poziomie 82% [9]. Najbardziej szkodliwe są interakcje powodujące zniesienie działania lub zwiększenie stężenia leku/-ów oraz nasilenie ich działania toksycznego. Niektóre interakcje wywołują groźne dla życia objawy niepożądane pod postacią zaburzeń rytmu serca, przełomu nadciśnieniowego, krwotoków, uszkodzenia wątroby, nerek czy szpiku. Z badań przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie osób starszych w Polsce wynika, że skala niepoprawności leczenia jest znaczna i porównywalna z wynikami innych krajów świata. Prawie 1/3 starszych pacjentów objętych badaniem otrzymywała co najmniej jeden potencjalnie niewłaściwy preparat leczniczy. Według standardów międzynarodowych w ten sposób definiuje się leki, dla których ryzyko działań niepożądanych jest w najstarszych grupach wiekowych bardzo duże w stosunku do uzyskanych korzyści i stąd leki te nie powinny być stosowane u osób starszych. Wśród leków tych znalazła się między innymi indometacyna, preparat stosowany jako lek przeciwzapalny i przeciwbólowy, którego stosowanie u starszych pacjentów jest obarczone znacznym ryzykiem wywołania ostrych psychoz (splatanie, dezorientacja) [10]. Niewłaściwe łączenie leków może powodować działanie toksyczne w porównaniu z ordynowaniem tych samych preparatów, stosując monoterapię. Niesteroïdowe leki przeciwzapalne (NLPZ) mogą zwiększać ryzyko choroby wrzodowej około 4-krotnie u pacjentów w wieku ≥ 65 lat [11]. Na zwiększone ryzyko choroby wrzodowej w przypadku jednoczesnego stosowania kortykosteroidów doustnych oraz NLPZ (15-krotnie wyższe) wskazują w swoich badaniach Piper i wsp. [12]. Do podobnych wniosków doszli inni autorzy badań, wskazując prawie 13-krotny wzrost ryzyka wystąpienia krwawienia z przewodu pokarmowego u osób w podeszłym wieku stosujących jednocześnie doustne antykoagulanty wraz z NLPZ [13]. W interakcje z lekami mogą wchodzić także suplementy diety i niektóre pokarmy. Pożywienie i suplementy diety wpływają na biodostępność i działanie leków, przesądzając niekiedy o wyniku farmakoterapii. Dlatego też bardzo ważne jest, aby prze-

strzeżać zasad przyjmowania leków (na czczo lub po posiłku, nie łączyć leków z niektórymi pokarmami oraz pijąc je wyłącznie wodą). Znanym przykładem może być sok grejpfrutowy, który może nawet 3-krotnie zwiększyć stężenie antagonistów wapnia we krwi. Zwiększa on także stężenie leków przeciwhistaminowych, co z kolei doprowadza do groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca. Zażywane na dużą skalę preparaty witaminowe mogą w konsekwencji doprowadzić do niebezpiecznych w skutkach interakcji – witamina E jako znany antyoksydant obniżający ryzyko wystąpienia chorób serca nasila działanie warfaryny, zwiększając ryzyko krwawień. Łączenie tych substancji wymaga ścisłego nadzoru medycznego. Pacjenci stosujący warfarynę muszą także pamiętać, że spożywanie dużych ilości produktów bogatych w witaminę K (jarzyny) może hamować jej działanie przeciwzakrzepowe i zagrażać powstaniem zakrzepów. Na uwagę jako potencjalnie niebezpieczne zasługują także preparaty ziołowe – bardzo chętnie przyjmowane przez starsze osoby i w przeważającej większości stosowane jako samoleczenie. Na przykład można przytoczyć, że wyciągi z dziurawca hamują silnie działanie leków naskórnym i antydepresyjnym, wyciągi z żeń-szenia hamują działanie leków odwadniających, a preparaty miłorzębu nasilają działanie leków przeciwzakrzepowych i zwiększają ryzyko krwawień. Pozornie bezpieczne, roślinne preparaty mogą wywierać niekorzystne, a nawet zagrażające dla życia skutki. Niestety, należy dodać, że działania niepożądane leków nie zawsze zostają rozpoznane i mogą być traktowane jako kolejne schorzenie wymagające podjęcia dalszej interwencji farmakologicznej. Zjawisko to znane jest pod nazwą kaskady zapisywania (*prescribing cascade*) – jednak, jak sugeruje nazwa, nie odnosi się jedynie do leków zapisywanych na receptę. Dotyczy także tych leków, które można łatwo zakupić bez recepty lekarskiej OTC (*over the counter drugs*) [8]. Łatwy dostęp do leków ukłasyfikował Polaków na 3. miejscu na świecie zaraz po Amerykanach i Francuzach pod względem ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych [14].

Implikacje dla pielęgniarstwa

Zmiana struktury demograficznej Polski i całej Europy stwarza konieczność zainteresowania się problemami zdrowotnymi osób po 65. roku życia. Faktem jest, iż większość osób leczonych w Polsce (zarówno instytucjonalnie, jak i objęta leczeniem ambulatoryjnym) to osoby w wieku starszym. Istotne jest więc, aby świadczenia medyczne i pomoc kierowana do tej grupy pacjentów była realizowana profesjonalnie z uwzględnieniem specyfiki chorowania i znajomością problemów zdrowotnych pojawiających się w wieku podeszłym. Opieka nad starszym pacjentem powinna być sprawowana przez zespół interdyscyplinarny, a pielęgniarka

z racji „bliskości” w kontakcie z pacjentem staje się bardzo często pierwszym i niezmiernie istotnym ogniwem kontaktu z systemem ochrony zdrowia. To od jej interwencji niejednokrotnie zależy zdrowie, a nawet życie pacjenta. Należy pamiętać, że w pracy ze starszą osobą jest się bardzo często opiekunem pacjenta obciążonego wielochorobowością, niesprawnego z pogorszonym funkcjonowaniem wzroku czy słuchu, czasem także z demencją. Nie zawsze można też liczyć na pomoc ze strony rodziny (brak rodziny, samotność z wyboru, wdowieństwo). Nawiązując do poruszanego zagadnienia, jakim jest polipragmazja, łatwo wywnioskować, iż w przypadku pojawienia się niekorzystnych okoliczności, jakie pociąga za sobą okres starzenia się, sukces leczenia farmakologicznego starszej osoby staje się wspólną sprawą pacjenta, pielęgniarki oraz lekarza.

Najważniejsze zasady postępowania podczas stosowania farmakoterapii u osób w wieku podeszłym z uwzględnieniem działań pielęgniarstwa przedstawiono poniżej.

1. Bezpośredni udział pielęgniarki w farmakoterapii (odpowiednie przygotowanie leku tzn. dawka, przestrzeganie właściwej pory podania, pomoc przy przyjęciu leku np. rozkruszenie, rozpuszczenie, pomoc przy aplikacji preparatów doodbytniczych). Zasadą w geriatric jest stosowanie jak najmniejszej liczby leków w jak najmniejszej, ale skutecznej dawce; jeśli jest możliwość, powinno się stosować leki o przedłużonym czasie działania.
2. Wnikliwa obserwacja pacjenta po zażyciu leków, w razie konieczności kontrola parametrów życiowych i przekazanie informacji lekarzowi (wraz z udokumentowaną obserwacją).
3. Edukacja pacjenta (opiekuna) dotycząca sposobu przyjmowania leku, dawkowania, jego działania i mogących wystąpić działaniach niepożądanych, interakcji z innymi lekami czy dietą (np. zawroty głowy, upadki, polekowy spadek ciśnienia tętniczego krwi, zaburzenia wodno-elektrolitowe). Pielęgniarka pełni tutaj rolę wspomagającą, gdyż nie może ona zastąpić bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Działania edukacyjne obejmują także sprawy związane z przygotowaniem leku do podaży, na przykład za pomocą „penów” – insulina, w formie wziewnej (niezbędne jest zapoznanie pacjenta z działaniem i nauka posługiwania się „penem”, inhalatorem, aparatem do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, glukometrem). Należy pamiętać, aby informacje były przekazywane zrozumiale i dostępne dla pacjenta. W przypadku osób starszych jest wskazane umieszczenie ważnych informacji w formie pisemnej.
4. Szczegółowe zbieranie informacji od pacjenta (opiekuna) podczas przyjmowania pacjenta na oddział szpitalny czy do innej instytucji świadczącej opiekę

nad osobami w wieku podeszłym na temat stosowanej farmakoterapii.

5. Kontrola regularności przyjmowania leków, ich dawkowania (czy zgodne z zaleceniem lekarza?), sposobu przechowywania i terminu ważności, wykonywania kontrolnych badań diagnostycznych/laboratoryjnych przy przyjmowaniu niektórych leków (zgodnie ze zleceniem lekarza). W tym momencie zasadne wydaje się zasygnalizowanie problemu samoleczenia się starszych pacjentów, uzależnienia się od leków oraz niestosowanie się do ścisłych zaleceń lekarskich co do dawki leku (modyfikacja dawki w przypadku pogorszenia lub poprawy samopoczucia) lub ich samodzielne odstawianie. W dużej mierze przyczynia się także do tego reklama środków farmakologicznych dostępnych bez recepty. Zajmując się problematyką farmakoterapii osób w podeszłym wieku, dodatkowe problemy mogą się pojawić w przypadku opieki nad starszymi pacjentami z demencją czy z zaburzeniami pamięci. W takich przypadkach konieczny jest ścisły nadzór nad przyjmowanymi lekami łącznie z kontrolą, czy pacjent przyjął podany lek, ważne jest także odpowiednie zabezpieczenie leków w domu pacjenta (osobna szafka, zamykana na klucz, dostęp do szafki dla opiekuna). W przypadku łagodnych zaburzeń pamięci, kiedy pacjent może jeszcze funkcjonować samodzielnie, przydatne mogą się okazać specjalne pojemniki na leki — dzienne lub tygodniowe oraz pisemne odnotowywanie przyjęcia leków (dzienniczek — nazwa leku, dawka, data, godzina przyjęcia).
6. Zwiększenie świadomości pacjenta (opiekuna) na temat możliwości leczenia starszej osoby w specjalistycznych placówkach (poradnia geriatryczna, psychogeriatryczna, oddział geriatryi), gdzie są świadczone usługi lecznicze przez lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie geriatryi. Oczywiście poruszając kwestie typowych placówek geriatrycznych istniejących aktualnie w Polsce, bezdyskusyjne jest stwierdzenie, iż ośrodków tych jest zbyt mało w stosunku do potrzeb. Jeżeli jednak konieczne i możliwe jest leczenie starszego pacjenta w takich placówkach, daje to na pewno jedynie pozytywne wyniki i fakt ten należy wykorzystać.

Podsumowanie

Jak już wcześniej wspomniano, rola pielęgniarki w przypadku opieki nad pacjentami w podeszłym wieku jest bardzo ważna i nie do przecenienia. Nabiera ona swego znaczenia wraz z pojawiającymi się dysfunkcjami u osoby starszej. Z początku pielęgniarka jest osobą, która pełni głównie funkcję wspierającą samodzielność

i niezależność aż do bezpośredniej, ciągłej opieki. Warto zaznaczyć, iż w czasach, kiedy społeczeństwa coraz bardziej się starzeją, odpowiedzialność ciężąca na pielęgniarkę świadczącej profesjonalną opiekę wobec osób w podeszłym wieku wymaga, oprócz stałego uaktualniania wiedzy medycznej, także poszerzenia jej o elementy geriatryi i specyfikę opieki nad tą grupą wiekową. Do typowych problemów spotykanych w geriatryi, a często pomijanych lub mało zauważanych przez inne specjalności medyczne, należy poruszone właśnie zagadnienie negatywnych konsekwencji wielolekowości u osób w starszym wieku. Należy dodać, że zarówno nieprawidłowe leczenie farmakologiczne, jak i nadużycia lekowe spowodowane ich łatwą dostępnością to niezmiernie trudny problem medyczny pociągający za sobą również skutki ekonomiczne ponoszone zarówno przez pacjenta, jak i system opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Woźniak J. Ludność w UE : prognoza 2008–2060. <http://egospodarka.pl/33899>, Ludność – w – UE – prognoza – 2008–2060, 1, 39, 1.html z dnia 23.07.2011 godz. 11:23
2. Onder G., Pedone C., Landi F. i wsp. Adverse drug reactions as causa of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the elderly. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002; 50: 1962–1968.
3. Nobili A., Tettamanti M., Frattura L. i wsp. Drug use by the elderly in Italy. *Ann. Pharmacoter.* 1997; 31 (4): 416–422.
4. Kurek A., Szewieczek J., Paprocki J. Polipragmazja u ludzi starszych. *Lekarz* 2007; 6: 38–44.
5. Kaufman D.W., Kelly J.P., Rosenberg L. i wsp. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. *JAMA* 2002; 287: 337–344.
6. Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A. Pułapki farmakoterapii geriatrycznej. *Terapia* 2010; 10: 24–27.
7. Rajska-Neumann A., Józwiak A., Wieczorowska-Tobis K. Charakterystyka farmakoterapii pacjentów objętych badaniem PolSenior — doniesienie wstępne. www.polsenior.pl
8. Rochon P.A., Gurwitz J.H. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997; 315 (7115): 1096–1099.
9. Fulton M.M., Allen E.R. Polypharmacy in the elderly: A literature review. *JAANP* 2005; 17 (4): 123–132.
10. Rajska-Neumann A., Wieczorowska-Tobis K. Błędy farmakoterapii geriatrycznej i ich konsekwencje. W: *Jakrzewska-Sawińska A. (red.). Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej. Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki paliatywnej „Hospicjum Domowe”*. Poznań 2007; 64.
11. Griffin M.R., Piper J.M., Daugherty J.R. i wsp. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and increased risk for peptic ulcer disease in elderly persons. *Ann. Intern. Med.* 1991; 114 (4): 257–263.
12. Piper J.M., Ray W.A., Daugherty J.R. i wsp. Corticosteroid use and peptic ulcer disease: role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ann. Intern. Med.* 1991; 114: 735–740.
13. Shorr R.I., Ray W.A., Daugherty J.R. Concurrent use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and oral anticoagulants places elderly persons at high risk for hemorrhagic peptic ulcer disease. *Arch. Intern. Med.* 1993; 153 (14): 1665–1670.
14. <http://linemed.pl/news/details/cId,3,id,311> z dnia 06.10.2011 godz. 10:32.