

Individuální konzultace poskytované starší pacientce 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 prostor pro identifikaci a řešení lékových problémů (DRP). Cílem sdělení je na příkladu kazuistiky starší pacientky ukázat kontinuitu při managementu DERP včetně úskalí, která poskytování péče provázela. Identifikováno bylo několik typů DERP. Intervence farmaceuta byly akceptovány pacientem i lékaři. Individuální konzultace pomohla zvýšit adherenci pacientky k léčbě a optimalizovat farmakoterapii.

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

Individual counseling in community pharmacy – case report of geriatric patient

Individual consultations in pharmacy provide a way to identify and solve drug-related problems (DRP). The aim of this geriatric patient case report is to present continuity of the management of DERP including difficulties accompanying the care providing. Several types of DERP were identified. Pharmacist's interventions were accepted by both patient and doctors. Individual consultation helped to increase patient adherence to treatment and optimize the pharmacotherapy.

Key words: pharmaceutical care, counseling, community pharmacy, case report, management of drug-related problems.

Prakt. lékáren. 2015; 11(2): 64–67

Úvod

V závislosti na vývoji nových léčiv a léčebných metod se pozice farmaceuta jako experta na léčiva vyvíjí a mění. Požadavek vyšší bezpečnosti a účinnosti vedl klinické farmaceuty prof. Heplera a doktorku Strandovou k vytvoření konceptu „farmaceutické péče“ (1). Cílem takové péče je identifikovat a řešit problémy související s farmakoterapií nebo zdravotními problémy pacienta, resp. jim preventivně předcházet, a přispívat tak k lepší kompenzaci onemocnění a zvyšování kvality života (2). Farmaceutickou péčí lze ve veřejné lékárně poskytovat i v rámci individuálních konzultací. Základem je těsná spolupráce mezi lékárníkem, pacientem a lékařem. Konzultační služby lékárny jsou zaměřeny na management DERP a na monitoring rizikových faktorů a vyhodnocení míry individuálního rizika pro různá onemocnění a s tím související poradenství o vhodných režimových opatřeních (3). Častými návštěvníky lékáren jsou senioři. Péče o seniory vyžaduje specifický přístup vzhledem k vysoké prevalenci polymorbidity, polyfarmakoterapie, polékových komplikací a dalších rizikových faktorů. Výsledek terapie je významně ovlivněn změnami farmakokinetiky a farmakodynamiky ve stáří a řadou nefarmakologických vlivů (4).

Cíl sdělení

Uvedená kazuistika prezentuje možnosti péče o pacienta ve veřejné lékárně formou

individuálních konzultací. Cílem je poukázat na reálnou existenci lékových problémů (DERP), možnosti jejich odhalení a řešení a akceptaci intervencí farmaceuta pacientem a lékařem.

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 není jiná lékárna. Při konzultaci byly získány informace z anamnézy pacienta a byly písemně záznamenány do konzultačního formuláře (3). Zachyceno je několik konzultací během pěti let.

Charakteristika pacienta

Jedná se o spolupracující pacientku narozenou v roce 1936. Pacientka je ve starobním důchodu, žije sama ve venkovském domě, s dětmi v blízkosti, do lékárny dojíždí 5 km.

Otec pacientky zemřel ve vysokém věku, matka zemřela na komplikace infekční hepatitidy v 60 letech.

Poznámky z osobní anamnézy

- arteriální hypertenze (AH)
- dyslipidemie
- gastroezofageální reflux
- obezita – BMI 31 kg/m²
- vertigo

- vertebrogenní algický syndrom
- varixy dolních končetin
- inkontinence
- epizoda ulcus cruris a flebitidy
- stav po jednostranné nefrektomii
- stav po sterilizaci
- stav po operaci kolen a očí

Pacientka je nyní dispenzarizována v interní ambulanci a ambulanci praktického lékaře.

Další poznámky z anamnézy

- nekuřák, do roku 2010 pasivní kuřák (manžel)
- alkohol a káva jen výjimečně
- omezení příjmu soli
- pravidelná fyzická aktivita (chůze, motivovaná pacientka)
- snaha o zvýšení příjmu tekutin

Individuální konzultace v prosinci 2009 – záchyt non-adherence

Pacientka navštívila ordinaci praktického lékaře (PL) pro bolesti hlavy, v ordinaci PL byl změřen TK 170/100 mm Hg, PL poté přikročil k úpravě farmakoterapie. Pacientka nerozumí, proč dostává v lékárně Gopten 2 mg cps., požaduje Triglyx 20 mg tbl. a odmítá Tulip 20 mg tbl., který nezná. Lékárník při snaze vysvětlit pacientce situaci dochází k závěru, že pacientka nerozumí indikacím užívaných léčiv a není si jista ani správným způsobem užívání a přijímá pozvání ke konzultaci. Aktuální lékovou anamnézu sumarizuje tabulka 1.

Závěry z konzultace v lékárně

V rámci individuální konzultace bylo vyhodnoceno několik potenciálních DRP týkajících se léčby bolesti diklofenakem. Pacientka užívala diklofenak duplicitně v celkové dávce 200 mg/den. Pravidelně užívala 1× denně Diclofenac AL ret 100 mg tbl. a podle potřeby doplňovala léčbu o Myogit 50 mg tbl. podaný 1–2× denně. U pacientky se jednalo spíše o ataky akutní bolesti při větší zátěži, pravidelné užívání vysoké dávky diklofenaku v retardované lékové formě pak není opodstatněné ani efektivní. Terapie nesteroidními antirevmatiky (NSAID) je zatížena závažnými nežádoucími účinky na gastrointestinální trakt (GIT), játra, ledviny a kardiovaskulární systém (5). U seniorů jsou tyto účinky více vyjádřeny, zejména při dlouhodobém užívání, užívání vyšších dávek a v kombinaci s dalšími rizikovými faktory (6). U seniora je potvrzena účinná dávka diklofenaku do 75 mg/den (7). Pacientka byla ve vysokém riziku gastrointestinálních nežádoucích účinků, v anamnéze pacientky se kromě věku nacházel gastroezofageální reflux, pacientka užívala pravidelně antiagregační dávku kyseliny acetylsalicylové (ASA). Pokud je u této pacientky podáváno NSAID, je na místě indikovat účinnou gastroprotektu, v tomto případě je to podávání inhibitorů protonové pumpy (PPI) (7). Užívání NSAID interaguje s terapií hypertenze. Pacientka byla upozorněna na možnost akcelerace hypertenze (8, 9). Pacientka prodělala před lety jednostrannou nefrektomii, dlouhodobá terapie diklofenakem má negativní vliv na renální funkce a je spojena s rizikem poškození orgánů.

Bylo odstraněno duplicitní užívání léčivých přípravků obsahujících diklofenak. Bylo doporučeno nepoužívat diklofenak v retardované lékové formě a vysoké dávce, optimálně jej neužívat pravidelně a dlouhodobě. Jestliže bude užíván, doplnit terapii o PPI. Vhodným analgetikem je paracetamol (5, 8). Změna analgetika doposud nebyla zkoušena ani hodnocena.

Dlouhodobé užití myorelaxancií při chronické bolesti zad se vzhledem k možným nežádoucím účinkům nedoporučuje, u seniorů navíc potencionální riziko pádu z důvodu nežádoucích sedace (10). Mefenoxalon se může dle dostupných informací jevit jako nejbezpečnější myorelaxancium, nicméně toto léčivo je zatíženo nedostatkem aktuálních informací hodnotících možná rizika terapie (11). Doporučeno bylo omezit spotřebu myorelaxancií, užívat maximálně krátkodobě při akutní atace bolesti zad a aplikovat fyzioterapii.

Při konzultaci byly dále objasněny indikace jednotlivých léčiv, vhodný způsob použití, pacientka byla poučena o rizicích zvolené farmakoterapie a vhodném dávkování. Diskutována byla

Tabulka 1. Léková anamnéza pacientky, se kterou přichází do lékárny

Gopten 2 mg cps	(trandolapril)	1-0-0
Hydrochlorothiazid 25 mg tbl.	(hydrochlorothiazid)	1/2-0-0
Tulip 20 mg tbl.	(atorvastatin)	0-0-1
Anopyrin 100 mg tbl.	(kys. acetylsalicylová)	1-0-0
Apo-famotidine 20 mg tbl.	(famotidin)	1-0-1
Detralex tbl. nebo Venoruton 300 mg cps.	(diosmin, hesperidin/oxerutin)	1-0-1
Diclofenac AL ret 100 mg tbl.	(diklofenak)	1x denně pravidelně
Myogit 50 mg tbl.	(diklofenak)	1-0-1 podle potřeby
Dorsiflex 200 mg tbl.	(mefenoxalon)	1–2x denně podle potřeby
Flector gel	(diklofenak)	2–3x denně podle potřeby

Tabulka 2. Aktuální farmakoterapie pacientky sestavená na základě telefonátu s INT

Xaleec combi 16 mg/12,5 mg tbl.	(kandesartan, hydrochlorothiazid)	1/2-0-1/2
Anopyrin 100 mg tbl.	(kys. acetylsalicylová)	1-0-0
Tulip 20 mg 0-0-1 tbl.	(atorvastatin)	0-0-1
Venoruton 300 mg cps.	(oxerutin)	1-0-1
Controloc 20 mg 1-0-0 tbl.	(pantoprazol)	1-0-0
Pozn: Hydrochlorothiazid 25 mg tbl na podzim 2013 vysazen.		

Tabulka 3. Skutečně užívaná aktuální farmakoterapie

Xaleec combi 16 mg/12,5 mg tbl.	(kandesartan, hydrochlorothiazid)	1/2-0-1/2
Anopyrin 100 mg tbl.	(kys. acetylsalicylová)	1-0-0
Tulip 20 mg tbl.	(atorvastatin)	0-0-1
Venoruton 300 mg cps.	(oxerutin)	1-0-1
Controloc 20 mg tbl.	(pantoprazol)	podle potřeby
Hydrochlorothiazid 25 mg tbl.	(hydrochlorothiazid)	1/2-0-0
Apo-famotidine 20 mg tbl.	(famotidin)	1-0-1
Diclofenac Duo 75 mg cps.	(diklofenak)	1–2x týdně podle potřeby
Panadol Novum 500 mg tbl.	(paracetamol)	podle potřeby
Antacida – konkrétní léčivo nebylo známo, forma samoléčby		1–2x denně podle potřeby

i relevantní nefarmakologická opatření. Např. redukce tělesné hmotnosti, redukce příjmu nasycených tuků, redukce přívodu soli, snížení konzumace alkoholu, dostatek fyzické aktivity aj. s ohledem na AH v anamnéze (9, 12).

Nepravidelné návštěvy lékárny v období 2009–2013

PL doplnil do stávající farmakoterapie Tenaxum (rilmenidin) tbl. 1 mg (1-0-0), později odeslal pacientku k internímu vyšetření, souviselo to opět s dekompenzací TK. Na bolesti pacientka užívala meloxikam 7,5–15 mg/den nebo diklofenak do 75 mg/den, občas paracetamol podle potřeby, myorelaxancia nepoužívala.

Závěry z konzultace v lékárně

Bylo opětovně zachyceno nadužívání NSAID, tentokrát již bez duplicit a překračování maximálních dávek. Ve farmakoterapii stále chyběla účinná prevence NSAID gastropatie,

rizikové faktory zůstaly nezměněny (ASA, GERD v anamnéze, věk). Pacientka používala zejména neretardované formy diklofenaku 25 mg nebo 50 mg, pokud chtěla užívat NSAID delší dobu (dny, týdny), sáhla po COX-2 preferenční meloxikamu. Občas využila analgetický efekt paracetamolu, frekvenci podávání však při konzultaci nedokázala specifikovat. Pacientka byla znovu edukována o nadužívání NSAID a riziku akcelerace hypertenze. Zopakována byla i edukace stran nefarmakologických opatření.

Individuální konzultace v únoru 2014

Pacientka byla pozvána ke konzultaci na základě zachytu duplicity hydrochlorothiazidu při dispenzací léčiv. Telefonicky byla ověřena aktuální farmakoterapie v interní ambulanci (INT) (tabulka 2).

Další léčiva pacientce předepisoval PL Reálně užívanou farmakoterapii shrnuje tabulka 3.

Tabulka 4. Přehled hodnocených DRP v čase

Termín	Lékový problém	Léčivo(a)	Řešení
12/2009	Non-adherence k terapii	Gopten 2 mg, Tulip 20 mg	Edukace pacientky
12/2009	Překročení maximální dávky	Diklofenak dlouhodobě až v dávce 200 mg/den, důsledek duplicity (Diclofenac AL retard 100 mg, Myogit 50 mg)	Max. denní dávka diklofenaku 75 mg/den, zachovat pouze neretardovanou lékovou formu, raději nahradit paracetamolem
12/2009	Nevhodná léková forma pro seniora	Diclofenac AL retard 100 mg	Vysadit
12/2009	Nevhodné léčivo	Diklofenak pro komorbiditu v anamnéze	Paracetamol
12/2009	Nevhodné léčivo	Mefenoxalon	Vysadit, popř. podávat jen krátkodobě
12/2009	Nevhodné léčivo	Famotidin	Inhibitor protonové pumpy
6/2013	Nevhodné léčivo, doba užívání	Chronické užití NSAID	Edukace stran rizik
6/2013	Nevhodné léčivo	Famotidin	Inhibitor protonové pumpy
2/2014	Duplicita v terapii	Hydrochlorothiazid 25 mg, Xaleec combi 16 mg/12,5 mg	Vysazen Hydrochlorothiazid 25 mg
2/2014	Pseudoduplicita	Famotidin, pantoprazol	Zachovat pouze pantoprazol
2/2014	Zbytné léčivo	Antacida	Vysadit
9/2014	Vysoká dávka	Kandesartan + hydrochlorothiazid	Redukce dávky na 1/2-0-0

Poznámka: DRP – lékový problém, NSAID – nesteroidní antirevmatikum. Tabulka 4 s podrobným přehledem DRP byla zvolena s cílem maximálně pomoci při aplikaci poznatků do praxe. Některé DRP se v průběhu spolupráce s pacientkou opakovaly.

Závěry z konzultace v lékárně

V rámci individuální konzultace bylo vyhodnoceno opět několik potenciálních DRP. Duplicitní užití hydrochlorothiazidu bylo způsobeno nedůsledným předáním informace o změně farmakoterapie z interní ambulance do ordinace PL a špatnou adherencí pacientky, která nevěděla o obsahu hydrochlorothiazidu v kombinovaném přípravku. Dávkový interval kombinovaného přípravku s obsahem diuretika hydrochlorothiazidu byl nestandardní. Půlení tablety přípravku Xaleec combi 16 mg/12,5 mg a její podávání ráno a večer bylo indikováno internistou a pacientkou dobře tolerováno. Z výše uvedeného důvodu nebyl dále tento potenciální DRP řešen. Užití gastroprotektiv famotidinu 2x denně pravidelně a pantoprazolu podle potřeby není racionální a vzniklo rovněž nezávislou preskripcí dvou lékařů. Antagonisté H_2 -receptorů vykazují relativně menší účinnost. Jednorázové užití inhibitoru protonové pumpy nemusí mít dostatečný efekt (13). Jako optimální se jeví pravidelné užívání pantoprazolu vzhledem k anamnéze pacientky, v případě nedostatečného účinku lze řešit situaci změnou dávky, dávkového schématu či léčivé látky ze skupiny PPI. Kombinace s večerní dávkou H_2 -blokátoru je využívána pouze u refrakterních nočních potíží přetrvávajících po léčbě PPI podávané 2x denně (13). Při optimalizaci antisekreční léčby se u pacientky jeví užití antacida jako zbytné. I když jde o velmi bezpečná symptomatická léčiva, mohou při častějším užití způsobovat zácpu či průjem nebo snižovat vstřebávání jiných léků. Nutnost

podávání antacid může ukazovat na nesprávně nastavenou chronickou léčbu (13).

Byl kontaktován praktický lékař a navržený úpravy v terapii. Odstraněna byla duplicita hydrochlorothiazidu. Při diskuzi týkající se preskripce famotidinu PL trval na doporučení gastroenterologa z doby před několika lety, nebyl informován o indikaci pantoprazolu INT. Po intervenci farmaceuta dále předepisuje pantoprazol, pacientka byla poučena a bylo doporučeno užívat pantoprazol pravidelně, ráno, nalačno, doporučeno bylo sledovat vývoj potíží. Pacientka poté uvedla, že je s účinkem spokojena, užití antacid při dodržení dietních opatření již není nutné. Pokud by pacientka v případě potřeby řešila symptomy hyperaciditity použitím antacid, byla poučena o riziku lékové interakce při současném užití s dalšími léčivy.

Při konzultaci byly opět objasněny indikace jednotlivých léčiv a pacientka byla poučena o rizicích zvolené farmakoterapie a jejím dávkování a relevantních režimových opatřeních.

Individuální konzultace v září 2014 – záchyt hypotenze

V září 2014 byla při monitorování TK na základě stížností pacientky na vertigo, únavu a nestabilitu trvající již několik týdnů zachycena hypotenze. Hodnoty TK byly naměřeny 101/59 mm Hg, 99/60 mm Hg a 94/55 mm Hg. Byl kontaktován INT, navrženo snížení dávky antihypertenziva Xaleec combi (kandesartan, hydrochlorothiazid) 16 mg/12,5 mg 1/2-0-1/2 na dávku 1/2-0-0. INT žádal návštěvu pacientky v ordinaci za týden. Doporučil do

té doby monitorování TK v lékárně. K úpravě farmakoterapie došlo po kontrole INT, dávka byla skutečně snížena na Xaleec combi 16 mg/12,5 mg 1/2-0-0. Následně se upravily závratě a únava, které snižovaly pacientce kvalitu života. Pacientka uvedla, že z důvodu vertiga a nestability způsobila např. pádem na komunikaci rizikovou situaci pro sebe i řidiče projíždějících vozidel a mohla se tak stát viníkem dopravní nehody. Opakovaným monitorováním TK v lékárně během listopadu a prosince 2014 byly naměřeny hodnoty TK 118/70 mm Hg a 126/80 mm Hg. Pacientka se cítí dobře, potíže ustoupily. Při pohovoru v únoru 2015 tento stav potvrzuje.

Diskuze

DRP identifikované za období 2009–2014 včetně údajů o čase a navrženém řešení farmaceuta shrnuje tabulka 4.

Závěr

Aktivní přístup lékárníka k pacientovi, optimální dispenzační minimum, cílené dotazy a intenzivní spolupráce s pacientem vedly k záchytu některých potenciálních i manifestovaných DRP za tálou lékárny. Individuální konzultace postavená na získání dalších informací o pacientovi a záměrech lékaře umožnila identifikované DRP posoudit a řešit. Při konzultaci byly odhaleny a řešeny další DRP. Intervence farmaceuta byly akceptovány pacientem i lékaři. Individuální konzultace vedla jednoznačně k zlepšení adherence pacienta a zvýšení bezpečnosti podávané farmakoterapie.

Literatura

1. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care, *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47(3): 533–543.
2. Malý J, Doseděl M. Měření krevního tlaku v lékárnách v České republice – analýza pilotního šetření, *Prakt. lékař.* 2012; 8(3): 126–129.
3. Česká lékárnická komora. Doporučené postupy České lékárnické komory pro konzultační činnost v lékárnách, *Solen* 2010: 3–20.
4. Fialová D. Specifické rysy geriatrické farmakoterapie I. Praha: Karolinum 2007: 93.
5. Doseděl M. Nežádoucí účinky a lékové interakce nesteroidních antiflogistik a jejich management pohledem farmaceuta, *Prakt. lékař.* 2014; 10(3): 90–94.
6. Lejško J. Možnosti léčby chronické bolesti, *Med. Pro Praxi* 2009; 6(3): 150–15.
7. Červený R, Topinková E. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře, *Geriatríe, novelizace 2014*, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Praha 10, <http://www.svl.cz/files/files/Doporu-cene-postupy-od-2013/DP-Geriatríe-2014.pdf>.
8. Bultas J. Ovlivňuje léčbu hypertenze přítomnost komorbidit?, *Interní Med.* 2010; 12(1): 8–17.
9. Tluchořová D. Pacient s hypertenzí. Doporučené postupy České lékárnické komory pro konzultační činnost. Česká lékárnická komora: Solen 2010: 93–104.
10. Vrba I. Některé příčiny bolestí zad a jejich léčba, *Med. praxi* 2012; 9(4): 184–188.
11. Prokeš M, Suchopár J. Myorelaxancia v léčbě akutního vertebrogenního syndromu, *Med. praxi* 2014; 11(4): 175–179.
12. Vlček J, Fialová D, a kol. *Klinická farmacie I*, Praha: Grada Publishing 2010; 368 s.
13. Vlček J, Vytřísalová M, a kol. *Klinická farmacie II*, Praha: Grada Publishing 2014; 256 s.

*Článek přijat redakcí: 25. 2. 2015
Článek přijat k publikaci: 19. 3. 2015*

PharmDr. Jana Šolínová

*Lékárna U Zlatého hada
Komenského 219, 471 54 Cvikov
jana.solinova@gmail.com*
