

ULOGA FARMACEUTA U TERAPIJI KARDIOVASKULARNIH BOLESTI

BRANISLAVA R MILJKOVIĆ, MILENA POKRAJAC

Institut za farmakokinetiku, Farmaceutski fakultet, Vojvode Stepe 450, 11221 Beograd

Ključne reči: farmaceut, kardiovaskularne bolesti,
farmaceutska zaštita, komplikacija

Uloga farmaceuta u zdravstvenom sistemu razvijenih zemalja je značajno promenjena poslednjih dvadeset godina. Kombinacija znanja i veština, koju farmaceut poseduje, kao i orijentacija ka bolesniku, pozicionirale su farmaceuta na mesto zdravstvenog stručnjaka odgovornog za prevenciju bolesti, promociju zdravlja i sprovođenje bezbedne, efikasne i ekonomične farmakoterapije.

Sa razvojem odgovornije uloge farmaceuta u zdravstvenom sistemu razvijena je i Farmaceutska zaštita (*Pharmaceutical Care*), relativno nova koncepcija farmaceutske prakse koja se fokusira na direktan odnos farmaceuta i bolesnika u cilju pružanja kvalitetne zdravstvene usluge (1). Jedan od prvih koraka u farmaceutskoj zaštiti jeste izrada plana čiji je cilj praćenje efikasnosti i bezbednosti primenjene terapije na osnovu procene: indikacija, kontraindikacija, mera opreza, mogućih interakcija, neželjenih efekata. Sledeći korak je identifikacija problema koji mogu da budu veoma različiti: neprepoznavanje simptoma bolesti, nepoznavanje zdravstvenih problema, potreba za lekom koji nije propisan, primena neodgovarajućeg leka, primena neodgovarajuće doze (više ili niže od terapijske doze), u neodgovarajućem vremenskom intervalu, ispoljen(i) neželjen(i) efekt(i), ispoljene interakcije lekova u toku polipragmazije, ispoljene lek-hrana interakcije, neredovna primena lekova i dr.

Odgovornost farmaceuta je da učestvuje u prevenciji navedenih problema, njihovom prepoznavanju i pronalaženju načina za njihovo umanjenje i/ili prevazilaženje (2). Pored tradicionalne uloge u pripremi i distribuciji lekova, od farmaceuta se očekuje aktivnije učešće u praćenju propisivanja, izdavanju, primeni lekova i monitoringu bezbednosti i efikasnosti terapije.

Bolesti kardiovaskularnog sistema, kao oboljenja sa najvećim stepenom mortaliteta imaju veliki zdravstveno-socijalni značaj. Kako su ekonomske posledice ne sprovođenja prevencije bolesti, neležene hipertenzije, pojave infarkta i srčane insuficijencije dobro proučene, kardiovaskularne bolesti se često uzimaju za standardni primer značaja prisustva farmaceuta u zdravstvenom timu i tretmanu ovih oboljenja. Tako su rezultati ispitivanja sprovedenog u SAD pokazali da je prisustvo farmaceuta u zdravstvenom timu i njegovo učestvovanje u obrazovanju bolesnika o hipertenziji, terapiji i načinu života, kao i podrška komplijansi, statistički značajno uticali na kontrolu krvnog pritiska u poređenju sa kontrolnom grupom bolesnika bez prisustva farmaceuta u zdravstvenom timu (3).

Kao stručnjak za lek i član zdravstvenog tima, u tretmanu kardiovaskularnih bolesti, potrebno je da farmaceut :

- a) Učestvuje u promociji zdravlja i prevenciji bolesti. Poslednjih godina prevencija faktora rizika (hipertenzija, hiperholesterolemija, pušenje..) dobija sve veći značaj kada se govori o koronarnoj bolesti. Potrebno je, takođe, i poznavanje faktora rizika koji su vezani za pol (primena oralnih kontraceptiva, trudnoća, menopauza..);
- b) Učestvuje u proceni faktora rizika od kardiovaskularnih komplikacija korišćenjem postojećih algoritama;
- c) Poznaje moguće sekundarne uzročnike hipertenzije. Iako je sekundarna hipertenzija zastupljena svega u 5 % hipertenzivnih bolesnika, potrebno je isključiti mogućnost prisustva sekundarnih uzročnika, koji mogu biti primena oralnih kontraceptiva i nesteroidnih anti-inflamatornih lekova čija je primena veoma velika (4);

- d) Učestvuje u izboru odgovarajućeg leka u odgovarajućoj dozi i vremenskom intervalu primene, prilagođeno individualnim potrebama bolesnika. Za izbor optimalnog leka, doze i vremenskog intervala neophodno je poznavanje farmakodinamičkog i farmakokinetičkog profila raspoloživih lekova, najnovijih smernica lečenja kardiovaskularnih oboljenja;
- e) Pozna je, prepoznaje, prati i prijavljuje neželjene efekte primenjenih lekova;
- f) Pozna je klinički značajne lek – lek interakcije;
- g) Pozna je značaj nefarmakološkog pristupa zbrinjavanja bolesnika sa kardiovaskularnim oboljenjima i učestvuje u njihovom obrazovanju;
- h) Aktivno učestvuje u podršci komplijanse (*compliance*). Komplijansa je termin koji se tradicionalno koristi da predstavi stepen u kome bolesnik sledi uputstvo lekara (5), a u tretmanu kardiovaskularnih oboljenja ima veliki doprinos uspehu terapije (6).

Uprkos dostupnosti efikasne terapije, rezultati ispitivanja su pokazali da manje od 25 % bolesnika sa hipertenzijom postiže optimalan krvni pritisak (7). Kao glavni razlog kod dve trećine bolesnika, koji nisu imali zadovoljavajuću kontrolu krvnog pritiska, identifikovan je nizak stepen komplijanse. Prema sprovedenim ispitivanjima, 16-50% bolesnika već u toku prve godine terapije hipertenzije prekine sa primenom lekova (8). Dobijena velika varijabilnost u stepenu komplijanse su posledica razlika u vremenskom periodu praćenja, metodi praćenja, kao i različitim ispitivanim grupama bolesnika (9).

Visok stepen komplijanse udružen je sa boljom kontrolom krvnog pritiska i umanjnim rizikom za kardiovaskularne bolesti. Tako su bolesnici koji nisu uzimali propisanu terapiju beta-blokatora bili 4,5 puta više izloženi srčanim oboljenjima u poređenju sa grupom bolesnika koji su se pridržavali propisane terapije (10). Najčešći razlozi niskog stepena komplijanse terapije su: priroda bolesti (primer hipertenzije kao asimptomatske i hronične bolesti), nepoznavanje posledica neregularne primene lekova, odnos bolesnika prema bolesti i lekovima, demografski faktori (starost, obrazovanje, socioekonomski status), složenost režima

doziranja i dr (9). Neophodno je da farmaceut kao odgovoran član zdravstvenog tima poznaje moguć(e) razlog(e) niskog stepena komplijanse kao i da aktivno utiče na umanjenje i/ili otklanjanje prepoznatih razloga.

Povećanje stepena komplijanse zahteva kontinuiran i dinamičan pristup. Bolesnicima, koji se ne pridržavaju propisanog uputstva, neophodno je pristupiti profesionalno, uz razgovor i podršku, bez kritike (11). U podršci komplijanse važno je da farmaceut obezbedi individualni pristup potrebama bolesnika (12). Uloga farmaceuta je da upozna bolesnika sa značajem redovne terapije, posledicama nepoštovanja propisanih uputstava kao i da izgradi dobar odnos sa bolesnikom koji podrazumeva razumevanje, saosećajnost, pristupačnost, komunikacione veštine i pozitivan stav koji predstavljaju imperativ za podršku komplijanse. Određen broj bolesnika donosi svesno i racionalno odluku da se ne pridržava propisanih uputstava terapije (*non compliers*). Davanje dodatnih informacija o lekovima ovim bolesnicima neće biti od velike koristi. Potrebno je da farmaceuti prepoznaju ove bolesnike kao i da otvoreno razgovaraju sa njima o odnosu prema bolesti, leku, i pokušaju da na odnos pozitivno utiču.

U cilju prevazilaženja niskog stepena komplijanse razvijeni su različiti pristupi i metode: podsetnici za bolesnike, označeni kalendari za primenu lekova, posebne posudice sa odvojenim tabletama, novi farmaceutski oblici. Međutim uloga bolesnika u ovim pristupima je pasivna. Bolesnik je u položaju osobe koja sluša i treba da sledi instrukcije a mišljenje lekara je iznad verovanja i želja bolesnika. Ispitivanja su pokazala da bolesnici žele da imaju aktivniju ulogu u kontroli zdravstvenih problema, kao i mogućnost donošenja odluke posle konsultacija sa lekarom i farmaceutom. Umesto jednosmernog obraćanja bolesniku šta je potrebno uraditi, potrebno je motivisati dijalog koji uključuje mišljenje i stav bolesnika o bolesti i terapiji i dovodi ga u položaj donosioca odluke. Tako je potreba otvorenog i aktivnog uključenja bolesnika u svoj zdravstveni problem stvorila osnovu za uvođenje termina *adherence* ili *concordance*.

Dok se komplijansa odnosila primarno na ponašanje bolesnika, *adherence*, *concordance* podrazumeva partnerski odnos koji uključuje tri

strane : bolesnika, lekara i farmaceuta (13). Farmaceut, kao stručnjak za lek, poseduje znanje i veštine da identifikuje moguć(e) razlog(e) niskog stepena komplijanse kao i da, u saradnji sa lekarom, pruži podršku bolesniku u zbrinjavanju zdravstvenog problema (14). Otuda, *adherence*, *concordance* donosi veću odgovornost lekaru za postavljenu dijagnozu i propisanu terapiju, farmaceutu za prilagođenu primenu leka individualnim potrebama bolesnika i odgovornost monitoringa terapije od strane i lekara i farmaceuta.

Promena orijentacije sa leka ka bolesniku, donosi farmaceutu povećanu odgovornost da kao stručnjak za lek i neophodan član zdravstvenog tima obezbedi visoko profesionalnu zdravstvenu ulogu sa aspekta promocije zdravlja, prevencije bolesti i sprovođenja racionalne farmakoterapije.

THE ROLE OF THE PHARMACIST IN CARDIOVASCULAR DISEASES THERAPY

BRANISLAVA R MILJKOVIĆ , MILENA POKRAJAC

Institute of Pharmacokinetics, Faculty of Pharmacy, Belgrade

Summary

Sweeping changes continue to reshape the practice of pharmacy. The pharmacy professional needed today is a knowledgeable drug expert and skilled, persuasive communicator. Such pharmacist embraces a practice model-pharmacy care.

Pharmacists play a major role in reducing the risk of vascular events via various interventions: promotion of health, prevention of disease, patient counseling for pharmacological and/or non-pharmacological treatment, support of adherence... Adherence to cardiovascular therapy is essential to optimal therapeutic outcomes. The common factors affecting adherence to cardiovascular therapy are: complexity of regimens, polypharmacy, frequent dosing times of some medicines, non-apparent effects on discontinuing medication, declined capability with increased age and patients health beliefs. The pivotal role of the pharmacist in optimizing adherence to cardiovascular therapy encompasses many actions: assessing the adherence problem, identifying predisposing factors, providing comprehensive counseling, and recommending specific adherence strategies targeted to the patient's needs.

Key words: Pharmacist, cardiovascular diseases,
pharmaceutical care, adherence

Literatura

1. Hepler CD, Strand LM Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care, *Am J Hosp Pharm*, 1990, 47, 533-43.
2. Spalek VH, Gong WC Pharmaceutical care in an integrated health system, *J Am Pharm Assoc*, 1999, 39, 553-7.
3. Erickson SR, Slaughter R, Halapy H Pharmacists' ability to influence outcomes of hypertension therapy. *Pharmacotherapy*, 1997, 17, 140-7.
4. Spencer C and Lip G Management of the hypertensive patient, *Pharm J*, 1999, 263, 383-6.
5. Pokrajac M, *Farmakokinetika*, 2.izd., Beograd, Grafolik, 2002.
6. Blenkinsopp A, Phelan M, Bourne J, Dakhil N, Extended adherence support by community pharmacists for patients with hypertension: A Randomised Controlled Trial. *Int J Pharm Prac*, 2000, 8, 165-75.
7. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, Prevalence of hypertension in the US adult population, *Hypertension*, 1995, 25, 305-13.
8. Myers MG, Compliance in hypertension: Why don't patients take their pills? *Can Med Assoc J*, 1999, 160, 64-5.
9. Nuesch R, Schroeder K, Dieterte T, Martina B, Battegay E, Relation between insufficient response to antihypertensive treatment and poor compliance with treatment : A Prospective case-control study. *Brit Med J*, 2001, 323, 142-6.
10. World Health Organization, Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Report WHO, 2002,
11. Kjellgren KI, Ahlner J, Saljo R , Taking antihypertensive medication – controlling or co-operating with patients ? *Int J Cardiol*, 1995, 47, 257-68.
12. Waeber B, Burnier M, Brunner HR, How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *J Cardiovasc Pharmacol*, 2000, 35, S23-S6.
13. The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Achieving shared goals in medicine taking – From Compliance to Concordance, 1997.
14. Raynor DK, Patient compliance : The pharmacist role. *Int J Pharm Prac*, 1992, 1, 126-135.