

KLINICKÝ FARMACEUT – ZBYTEČNOST, ČI NEZBYTNOST?

Kontrolu svých činností jsem provedla na **chirurgickém oddělení** zaměřeném na gastrointestinální trakt. Pacienti jsou zde hospitalizováni jak pro plánované výkony, tak pro akutní obtíže (zánět slepého střeva, pankreatitidu, žlučové kameny, zánět žlučníku atd.). Jelikož obrat pacientů je tu velmi vysoký, je práce klinického farmaceuta časově limitována jen na základní činnosti – tj. vytvoření profilu pacienta, kontrolu chronické a nově předepsané medikace, transkripci léků pro propuštěné pacienty.

Jistě jsem se již v předešlých číslech zmínila, v čem spočívá tvorba profilu pacienta a kontrola chronické a nově předepsané medikace. Transkripce léků pro pacienta je také jedním z hlavních úkolů farmaceuta na oddělení. To znamená, že v den, kdy pacient odchází z nemocnice domů, farmaceut vybere a přepíše ze seznamu podávaných léků na recept ty léky, které by pacient měl užívat i nadále, a vynechá ty, které potřebné nejsou. Každou změnu zvýrazní a odůvodní. Takto vytvoří tři kopie: jedna se uchovává v lékárně, druhá se zakládá do chorobopisu pacienta a třetí se posílá praktickému lékaři. Cílem je zvýšit bezpečnost léčby a zlepšit informovanost praktického lékaře.

Při výkonu základních činností na výše zmíněném chirurgickém oddělení (27 lůžek) jsem v průběhu jednoho dne zasahovala do preskripce celkem asi 45 krát (viz **tabulka**).

Při kontrole terapie jsem kromě jiného dohlédla i na to, zda byly dodržovány národní a místní guidelines.

RIZIKO TROMBOEMBOLIE

NICE (National Institute for Clinical Excellence) doporučuje u každého přijatého pacienta stanovit riziko žilní tromboembolie a následně dle výsledku zahájit příslušnou trombopropylaxi. Ta zahrnuje

| Nesprávně předepsaná dávka nebo lék chyběl | |
|--|----|
| Trombopropylaxe | 3 |
| Antihypertenziva | 4 |
| Jiná chronická medikace | 27 |
| Analgetika | 9 |
| Elektrolyty | 2 |

POZNÁMKA REDAKCE

Doporučené postupy (guidelines) jsou u nás obvykle chápány jako nezávazná vysoce odborná doporučení pro diagnostiku a terapii daného onemocnění. Jedná se o systematicky vytvářená stanoviska s cílem pomáhat lékařům při rozhodování se o patřičné zdravotní péči za specifických okolností.

Zřejmě celosvětově nejpromyšlenější klinické doporučené postupy (guidelines) vytváří a publikuje National Institute for Clinical Excellence (NICE), což je nezávislá organizace odpovědná za poskytování národních vodítek (guidance) s cílem podporovat

Mgr. Kornélia Chrapková
Hospital Pharmacy of Sunderland Royal Hospital, Sunderland, United Kingdom

„Záchranná síť“ – tak jednoduše nazývají klinického farmaceuta lékaři ve Velké Británii. Abych dokázala, že na tom bude trochu pravdy, rozhodla jsem se provést jednodenní audit svých „zásahů do preskripce“ na jednom z oddělení v sunderlandské nemocnici.

mobilizaci (pokud je to možné), kompresní punčochy a u pacientů s vysokým a velmi vysokým rizikem podávání nízkomolekulárního heparinu (LMWH – low-molecular-weight heparin) nebo u pacientů s renálním selháním nefrakcionovaného heparinu (UFH – unfractionated heparin). V den svého působení na oddělení jsem zjistila, že tři pacienti dostávali nesprávnou dávku dalteparinu. Po mé intervenci byla dávka upravena.

ANTIHYPERTENZIVA

Antihypertenziva patří mezi nejčastěji předepsovaná léčiva, a snad i proto platí, že při jejich preskripci se nejvíce chybí. Při prohlídce chronické terapie pacientů jsem zjistila, že čtyři léky na kontrolu krevního tlaku předepsány nebyly nebo jejich dávka byla změněna. Dříve, než jsem se obrátila s dotazem na lékaře, zvažovala jsem klinické důvody pro změnu v preskripci. Mezi ně nejčastěji patří samotný výkon, klinický stav pacienta (např. posturální hypotenze, akutní renální selhání), vedlejší účinky, interakce. Ani jeden z důvodů potvrzen nebyl.

VYSAZENÍ KORTIKOSTEROIDŮ

Mezi další léky chronické terapie, které předepsány nebyly (celkem 27), patřily hlavně kyselina acetylsalicylová, bisfosfonáty, inhalační přípravky,

mesalazin. Ve dvou případech v preskripci chyběl prednisolon, který pacienti užívali dlouhodobě v léčbě revmatoidní artritidy. NICE, stejně jako BNF (British National Formulary), doporučují v případech dlouhodobé terapie kortikosteroidy prudce nevyssazovat a v případě operace perorální kortikosteroidy nahradit hydrokortisonem podávaným intravenózně v příslušné dávce. Náhlé vysazení kortikosteroidů v případě chronické terapie by totiž mohlo vést k adrenální nedostatečnosti, hypotenzii nebo smrti. Lékaři na moje upozornění kortikosteroidy okamžitě předepsali.

ANALGETIKA

Bolest je nejčastějším symptomem gastrointestinálních nemocí, a právě ona je mnohokrát kontrolována neadekvátně. V průběhu revize terapie jsem zjistila, že devět pacientů bylo léčeno nesprávnou kombinací analgetik (např. kombinace maximální dávky tramadolu a kodeinu) nebo dostávalo subterapeutickou dávku (např. pacientce běžně léčené oxykodonem a gabapentinem byl po dobu hospitalizace bezdůvodně podáván jen paracetamol). Národní i místní guidelines doporučují v případě léčby pooperační bolesti postupovat dle tzv. žebříčku bolesti Světové zdravotnické organizace (WHO).

SLEDOVÁNÍ KALIA

Diuretika, kortikosteroidy, inzulin, některá antibiotika nebo ztráta tekutin – to všechno může vést k hypokalemii. Ta je korigována podáváním draslíku, nejčastěji per os. Místní guidelines doporučují draslík podávat po dobu tří dnů a poté jeho koncentraci zkontrolovat. Cílem je předéjit nežádoucí hyperkalemii. Při kontrole terapie na oddělení jsem zjistila, že draslík byl podáván pacientům déle než tři dny bez opětovné kontroly jeho koncentrace v krvi. Lékaři po méj intervenci odebrali krev a nechali stanovit koncentraci draslíku.

Myslím si, že výše zmíněné konkrétní výsledky mých zákroků na oddělení potvrzují, že úloha klinického farmaceuta je nezpochybnitelná. Jeho velikou pomůckou jsou vzpomínané guidelines – bez nich by se totiž „zachránná síť“ snadno protrhla.

vých stránkách (anglicky a velšsky) i zvláště pro zrakově postižené. Tyto hodnotící postupy byly prověřeny v roce 2003 WHO [www.publicationrequests@euro.who.int] s pozitivními závěry.

Je nutno znovu zdůraznit, že sebelepší doporučený postup bez adekvátní lokální strategie implementace nemá velkou šanci způsobit progresivní změnu či ušetřit potlačením neefektivních postupů.

Literatura

Filip K, Sechser T, Doporučené postupy – guidelines – standardy – 3. Část. *Remedia*. 2005;15:433-434.

