

Inercja terapeutyczna w dializoterapii – znaczenie dla pacjenta

Pomimo postępów medycyny oraz dużej dostępności leczenia nerkozastępczego, w tym hemodializoterapii, pacjenci dializowani w dalszym ciągu cechują się dużym ryzykiem zgonu oraz znaczną współchorobowością. W przypadku pacjentów przewlekle dializowanych, dobra współpraca z personelem medycznym i przestrzeganie przez nich zaleceń terapeutycznych jest warunkiem poprawy lub przynajmniej utrzymania odpowiedniej jakości życia. Współodpowiedzialność w procesie leczniczym dotyczy zarówno personelu jak i pacjenta, który powinien zaakceptować oraz stosować się do wszelkich zaleceń. Bierna akceptacja braku wyników leczenia przez lekarza i pielęgniarki dializacyjne negatywnie wpływa na jakość terapii oraz współpracę w zespole. Zjawisko inercji terapeutycznej stanowi istotne wyzwanie dla różnych obszarów medycyny klinicznej, w tym przewlekłej dializoterapii.

(NEFROL DIAL POL 2023; 27: 11-13)

Therapeutic inertia in dialysis – meaning for the patient

Despite medical progress and high availability of renal replacement therapy, including hemodialysis, dialysis patients are still characterized by high mortality and co-morbidity rates. Adherence to therapeutic recommendations is a prerequisite for an maintenance or improvement of the current quality of life. Co-responsibility in the treatment process concerns both the personnel and the patient himself, who should accept and follow the recommendations of the whole therapeutic team. Passive acceptance of the lack of treatment results by the doctor and dialysis nurses negatively affects the quality of therapy and cooperation within the team. The phenomenon of therapeutic inertia is a particularly important problem, which constitutes a new challenge for various fields of clinical medicine, including chronic dialysis.

(POL NEPHROL DIAL 2023; 27: 11-13)

Wprowadzenie

Przewlekła choroba nerek (PChN) została już zaliczona do chorób cywilizacyjnych XXI wieku, a jej znaczenie jako czynnika ryzyka przedwczesnych zgonów, w tym szczególnie z przyczyn sercowo-naczyniowych wciąż się zwiększa [1]. PChN ma też szczególne znaczenie wśród chorób cywilizacyjnych, ponieważ najczęściej ma charakter wtórny, gdyż jest następstwem innych chorób cywilizacyjnych, zwłaszcza takich jak cukrzyca typu 2, nadci-

śnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe czy otyłość [2]. Według definicji opracowanej przez Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO) w 2012 roku, PChN to zespół chorobowy wieloobjawowy, który powstaje w wyniku trwałego uszkodzenia lub zmniejszenia liczby czynnych nefronów, które są niszczone przez różne procesy chorobowe toczące się w miększu nerek [2]. Wyzwaniem dla klinicystów w zakresie PChN jest to, że przebiega ona przeważnie w sposób skąpo- lub na-

Agnieszka SCHEFLER¹
Michał NOWICKI²

¹Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Powiatowy NOVUM-MED w Więcborku

²Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Słowa kluczowe:

- schyłkowa niewydolność nerek
- hemodializa
- inercja terapeutyczna
- jakość opieki medycznej

Key words:

- end stage kidney disease
- hemodialysis
- therapeutic inertia
- quality of medical care

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Mgr Agnieszka Scheffler
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Szpital Powiatowy NOVUM-MED w Więcborku
e-mail: agnieszka.scheffler@op.pl

wet bezobjawowy, na początku choroby prawie zawsze bez żadnych specyficznych objawów klinicznych. PChN dzielona jest na 5 stadiów (okresów), na podstawie oszacowanej wartości filtracji kłębuskowej (estimated glomerular filtration rate – eGFR), która odzwierciedla stopień uszkodzenia czynności wydalniczej nerek [5]. PChN ma charakter postępujący, nieodwracalny i jeśli jest nieleczona w sposób nieuchronny prowadzi do zgonu. Dzięki wprowadzeniu leczenia nerkozastępczego możliwe stało się jednak długotrwałe przeżycie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek.

Głównymi metodami leczenia PChN w 5. okresie tej choroby są dializoterapia, przeszczepienie nerki lub postępowanie zachowawcze. Wśród metod leczenia dializacyjnego istnieje wybór pomiędzy hemodializoterapią, hemodiafiltracją i dializą otrzewnową, tym samym u przynajmniej części chorych leczenie może być indywidualizowane [4]. Hemodializa jest terapią opartą na dyfuzji, pomiędzy krwią a dializatem poprzez błonę półprzepuszczalną, czyli dializator. Zabieg hemodializy ma zastosowanie zarówno w ostrym uszkodzeniu nerek, jak i w przewlekłej niewydolności nerek [7]. Dializa otrzewnowa (DO) opiera się na wykorzystaniu właściwości błony otrzewnowej pacjenta jako błony półprzepuszczalnej, która zdolna jest do transportu wody i cząsteczek.

Złożone cele opieki medycznej nad chorych dializowanym

Pomimo ciągłego doskonalenia technik dializacyjnych oraz osiągnięcia pełnego dostępu do leczenia nerkozastępczego nadal znaczącym problemem pozostają liczne powikłania samego zabiegu, jak i utrzymująca się niewydolność nerek (mocznicza) oraz utrzymywanie się chorób współistniejących. Konsekwencją tego jest bardzo duża śmiertelność u pacjentów dializowanych. Główną przyczyną śmiertelności w tej grupie pacjentów są schorzenia układu sercowo-naczyniowego. Śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych w populacji

pacjentów dializowanych jest nawet 20-krotnie większa w porównaniu do osób z prawidłową czynnością nerek [1]. Wiele z powikłań związanych z leczeniem nerkozastępczym oraz chorobami współistniejącymi można jednak wyeliminować bądź ograniczyć poprzez przestrzeganie przez pacjenta wszystkich zaleceń zespołu terapeutycznego, przede wszystkim poleceń i wytycznych lekarskich i pielęgniarskich oraz rzetelne i sumienne wywiązywanie się z określonych przez personel medyczny zadań [5]. Dla optymalizacji leczenia chorego konieczne jest jednak wdrożenie postępowania wielokierunkowego i kompleksowego, uwzględniającego zarówno medyczny punkt widzenia, jak i ekonomiczny oraz bio-psycho-społeczny dobrostan pacjenta. W przewlekłym postępowaniu medycznym jedną z częstszych, choć najczęściej nieuświadamianych, przyczyn nieprawidłowego i niewystarczająco skutecznego przebiegu terapii, w tym leczenia nerkozastępczego staje się tzw. inercja terapeutyczna.

Inercja terapeutyczna – definicja

Inercja terapeutyczna (TI, therapeutic inertia) jest określana jako

nieuzasadniona zwłoka we wprowadzeniu nowych leków, zmiany ich dawek czy zmiany terapii. O zjawisku tym mówimy, kiedy zespół terapeutyczny stosuje suboptymalny, a nie optymalny schemat terapii. Jest to zjawisko złożone, w którym udział ma zarówno pacjent jak i personel medyczny, ale też organizacja systemu opieki medycznej (Tabela 1).

Do inercji terapeutycznej najczęściej przyczynia się lekarz, kiedy pomimo braku efektów leczenia nie zmienia terapii, nie zwiększa bądź nie podejmuje się modyfikacji w leczeniu farmakologicznym i pacjent, jeśli nie stosuje się do zaleceń zespołu terapeutycznego oraz maskuje objawy choroby. Zjawisko inercji terapeutycznej odnosi się do wielu jednostek chorobowych. Przede wszystkim obserwuje się je w chorobach przewlekłych, jaką jest m.in. PChN, ale też nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, choroby układu krążenia. Pacjenci przewlekle dializowani są grupą chorych, którzy wymagają postępowania medycznego o niezwykle szerokim spektrum działania i dużym stopniu złożoności (polifarmakoterapia i modyfikacja stylu życia). Są to bowiem pacjenci, którzy oprócz podstawowej choroby, jaką jest PChN charakteryzują

Tabela 1

Przyczyny inercji terapeutycznej wg wyników ankiet prowadzonych przez O'Connor et al. Agency of Healthcare Research and Quality 2005 Publication (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21249838/>)(dostęp 21.09.2023)[4]

Czynniki zależne od personelu medycznego (50%)
Niepodjęcie leczenia Brak intensyfikacji leczenia wymaganej do osiągnięcia celu Nierozpoznanie objawów czy chorób towarzyszących (np. depresji) Brak czasu Postawa „reaktywna”, a nie „proaktywna”
Czynniki zależne od pacjenta (30%)
Wypieranie Wiara, że choroba nie jest poważna Brak świadomości zdrowotnej Koszty leczenia, działania niepożądane, polipragmazja Zła komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem
Czynniki zależne od systemu opieki zdrowotnej (20%)
Brak zaleceń ekspertów Brak rejestrów chorobowych Złe planowanie wizyt Brak pracy zespołowej

się wielochorobowością. Stanowi to niewątpliwie znaczne wyzwanie dla profesjonalnej opieki nad tą grupą pacjentów. Leczenie chorób współistniejących przy jednoczesnym leczeniu nerkozastępczym jest trudne, gdyż przy jego planowaniu i prowadzeniu należy uwzględnić wiele czynników, takich jak np. stopień przewodnienia pacjenta, insulinooporność, parametry zabiegu hemodializy, złożona farmakoterapia i specyfika dawkowania leków, samokontrola pacjenta, ale też np. jakość współpracy z rodziną pacjenta. Co ważne, tym częściej obserwuje się występowanie inercji terapeutycznej, im większe jest ogólne ryzyko zdrowotne u danego chorego wynikające ze współchorobowości, a szczególnie gdy dodatkowo współistnieją u niego niektóre choroby przewlekłe takie jak cukrzyca czy niewydolność serca [8]. Mając świadomość i wiedzę o złożonych problemach klinicznych w populacji osób dializowanych istotne znaczenie dla dobrostanu pacjenta ma współpraca między lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, nefrologiem oraz innymi specjalistami.

Komunikacja – znaczenie w procesie terapii

Komunikacja interpersonalna oraz terapeutyczna stanowi podstawę prawidłowego leczenia pacjentów dializowanych, z naciskiem na znaczącą rolę nefrologa w procesie terapii. [9] Komunikacja w zespole opiekującym się chorym odgrywa przy tym znaczącą rolę w podejmowaniu działań medycznych, w szczególności, gdy opieka ma charakter wielozadaniowy. Taka opieka jednocześnie łagodzi stres związany z chorobą, zwiększa siłę do walki chorego z chorobą oraz poprawia współpracę pacjent-lekarz. W budowaniu wzajemnej relacji terapeutycznej znaczącą rolę odgrywają umiejętności komunikacji interpersonalnej, empatia i asertywność. Empatia pozwala lepiej zrozumieć pacjenta oraz jego problemy, daje mu też wsparcie oraz poczucie zrozumienia samego siebie i istoty choroby, co wywiera w efekcie znaczący

wpływ na zmniejszenie stresu wywołanego chorobą i jej powikłaniami. Asertywność umiejętnie rozgranicza oraz stawia rzetelne wymagania pacjentom przy jednoczesnym profesjonalnym informowaniu ich o istocie choroby, w szczególności o tym co w danym momencie jest ważne i nad czym trzeba wspólnie pracować, aby zapobiec zjawisku inercji terapeutycznej [3].

Pielęgniarka – rola w zwalczaniu inercji terapeutycznej

Badania amerykańskich naukowców Kidney Early Evaluation Program (KEEP) prowadzony przez National Kidney Foundation w USA oraz National Kidney Disease Education Program (NKNDPE) prowadzony przez amerykańskie National Institutes of Health pokazały, że ważnym członkiem w wielodyscyplinarnym zespole, który zaangażowany jest w zwalczanie zjawiska inercji terapeutycznej oraz w prowadzenie działań nefroprotektoryjnych są pielęgniarki. Znacząco poprawiają oraz zwalczają one inercję terapeutyczną poprzez działania profilaktyczne, współuczestnictwo w postępowaniu farmakologicznym, niefarmakologicznym, edukacji pacjenta oraz nauki samokontroli przez chorych na wszystkich etapach PChN [10]. Efektywne ich oddziaływania mające w efekcie wpływ na kształtowanie prozdrowotnych nawyków, właściwego odżywiania, przestrzegania zaleceń, odpowiedniej samokontroli, współpracy z lekarzem opieki podstawowej oraz nefrologiem w całym okresie dializoterapii znacząco poprawia jakość życia chorego, jak również przyczynia się do przeciwdziałania wystąpienia szkodliwego zjawiska inercji terapeutycznej.

Podsumowanie

Inercja terapeutyczna odgrywa znaczącą rolę w procesie leczenia pacjentów we wszystkich okresach PChN, w tym i u chorych przewlekłe dializowanych. Jest to specyficzna grupa chorych, których cechuje znaczna współchorobowość i wymagają oni podejścia w kontekście wielozadaniowym. W zapobieganiu

inercji w dializoterapii konieczna jest współpraca całego zespołu terapeutycznego (lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, rehabilitant, dietetyk) oraz pacjenta i jego rodziny. Jedynie wielodyscyplinarne i wielokierunkowe podejście do opieki może pozwolić na zachowanie oraz poprawę jakości życia pacjenta przewlekłe dializowanego oraz przyczynić się do zapobiegania powikłaniom związanych z przewlekłą chorobą nerek oraz samego zabiegu hemodializy czy innego sposobu terapii nerkozastępczej.

Piśmiennictwo

1. **Cozzolino M, Mangano M, Stucchi A et al.** Cardiovascular disease in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2018; 33 (suppl_3): iii28-iii34.
2. **Król E, Rutkowski B.** Przewlekła choroba nerek – klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka. *Forum Nefrologiczne.* 2008; 1: 1-6.
3. **Motyka M.** Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Sztuka Leczenia.* 2013; 3-4, 17-24.
4. **O'Connor P, Sperl-Hillen J, Johnson P, Rush W, Biltz J.** Clinical Interia and Out-patient Medical Errors. In: *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology).* Rockville, MD. 2005.
5. **Rutkowski B.** Nefrologia i leczenie nerkozastępcze. *Poradnik dla pacjentów i ich rodzin.* Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2010.
6. **Rutkowski B.** Nefrologia i leczenie nerkozastępcze. *Praktyczny przewodnik.* Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2013.
7. **Widecka K.** Przestrzeganie zaleceń i inercja terapeutyczna - niebezpieczny związek w leczeniu nadciśnienia tętniczego. *Kardiologia po Dyplomie.* 2011; 3: 79-83.
8. **Wilcox Ch, Tisher C.** Handbook of Nephrology and Hypertension, ed 5. w: *Podręcznik nefrologii i nadciśnienia tętniczego (red. Więcek A.).* Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
9. **Wojtaszek E, Matuszkiewicz -Rowińska J.** Rola pielęgniarki w multidyscyplinarnym zespole terapeutycznym w leczeniu pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Nefrologia i Dializoterapia Polska.* 2008; 12: 44-46.
10. **Wruk M.** Terapia nadciśnienia tętniczego u chorych z przewlekłą chorobą nerek leczonych dializami. *Informacje praktyczne dla lekarzy niespecjalizujących się w nefrologii. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce.* 2021; 7: 251-258.