

mgr Łukasz Pietrzykowski
Katedra Promocji Zdrowia
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

UNIwersYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
10. 06. 2021
Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu
L.dz.

Rozprawa doktorska pt.

Ocena realizacji planu terapeutycznego u pacjentów po zawale serca

Promotor: Prof. dr hab. Aldona Kubica

Streszczenie

W krajach rozwiniętych jedną z głównych przyczyn zgonów stanowią choroby układu sercowo-naczyniowego. W Polsce wskaźnik zgonów i zachorowalności są znacznie wyższe niż w większości krajów europejskich. Strategia opieki nad pacjentem po zawale serca obejmuje modyfikację stylu życia oraz optymalną farmakoterapię rekomendowaną przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. W analizie realizacji planu terapeutycznego stosuje się termin „adherence”, który opisuje stopień, w jakim pacjent przestrzega wcześniej ustalony plan terapeutyczny. Niezadowalający poziom realizacji planu terapeutycznego w zakresie farmakoterapii stanowi to ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, ponieważ jest najsilniejszą determinantą kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych, w tym zgonów, u osób po zawale serca. Poznanie czynników wpływających na realizację planu terapeutycznego po zawale serca jest niezwykle istotne dla identyfikacji osób z grup ryzyka, co pozwoli na indywidualizację interwencji edukacyjnych ukierunkowanych na poprawę adherence.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena zmian w zakresie realizacji planu terapeutycznego oraz zmienności czynników warunkujących przestrzeganie zaleceń dotyczących farmakoterapii podczas rocznej obserwacji chorych po zawale serca.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie od maja 2015 roku do lipca 2016 roku jako jednoośrodkową, kohortową próbę kliniczną z rocznym okresem obserwacji. Do badania włączono pacjentów z Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego

nr 1 im. Dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, hospitalizowanych z powodu ostrego zawału serca leczonego metodą przezskórnej angioplastyki wieńcowej, u których wdrożono farmakoterapię obejmującą: inhibitor płytkowego receptora P2Y₁₂, inhibitor konwertazy angiotensyny (ACEI) i statyny. Każdego z badanych objęto działaniami edukacyjnymi w zakresie choroby wieńcowej oraz oceniano pod kątem gotowości do wypisu ze szpitala. W badanej grupie 225 osób w wieku od 30 do 91 lat (średnia wieku 62,9±11,9 lat), której 73,3% stanowili mężczyźni, a 26,7% – kobiety. Dokonano analizy wybranych czynników socjodemograficznych, klinicznych, zdrowotnych oraz oceniono realizację planu terapeutycznego w zakresie farmakoterapii (na podstawie danych o realizacji recept uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia).

Wyniki

W odniesieniu do analizy łącznej wszystkich 3 leków w ciągu rocznej obserwacji adherence wyniosło 64,1 ± 24,5%, ale tylko u 29,4% badanych stwierdzono w tym okresie adherence ≥80%. Wraz z kolejnymi kwartałami zaobserwowano spadek adherence i spadek odsetka osób z adherence ≥80% (poziom powszechnie uznawany za akceptowalny) zarówno w odniesieniu do analizy łącznej wszystkich 3 leków, jak również dla poszczególnych leków osobno. Analiza wieloczynnikowa wykazała, że niezależnymi czynnikami wpływającymi na adherence w obserwacji rocznej jest stan cywilny – pozostawanie w związku (dla ACEI współczynnik β 0,1717±0,0666 p=0,0104), wykształcenie średnie lub wyższe (dla ACEI współczynnik β 0,1790±0,0667 p=0,0079), bardzo dobry status ekonomiczny (analiza łączna 3 leków współczynnik β -0,1544±0,0726 p=0,0349), wcześniejszy zawał serca (dla ACEI: współczynnik β -0,1971±0,0666 p=0,0035 i dla analizy łącznej 3 leków: współczynnik β -0,2398±0,0726 p= 0,0011) oraz wcześniejsze pomostowanie aortalno-wieńcowe (CABG) (dla inhibitora receptora P2Y₁₂ współczynnik β -0,1878±0,0704 p= 0,0083). Niezależnymi czynnikami wpływającymi na adherence ≥80% w obserwacji rocznej w przypadku inhibitora receptora P2Y₁₂ są zamieszkiwanie w mieście (OR 2,281 [95% CI 1,127– 4,614] p=0,0218) i wcześniejsze CABG (OR 0,233 [95% CI 0,073– 0,675] p=0,0080).

W ciągu rocznej obserwacji badani przerywali terapię średnio na 56,1±62,2 dnia. Analiza wieloczynnikowa wykazała, że niezależnymi czynnikami predysponującymi do przerywania

terapii są wiek powyżej 65. roku życia (HR -1,59 [95% CI 1,15-2,19] p=0,0049) i wcześniejsza rewaskularyzacja (PCI lub CABG) (HR -1,44 [95% CI 1,04-2,19] p=0,0273).

Nie stwierdzono jednoznacznie, by gotowość do wypisu oceniana przy użyciu skali RHD MIS (The Readiness for Hospital Discharge After Myocardial Infarction Scale) wpływała na realizację planu terapeutycznego badanymi lekami. Natomiast analiza oczekiwań pacjentów względem edukacji na realizację planu terapeutycznego wykazała, że badani z wysokim poziomem oczekiwań w porównaniu do pozostałych mają niższe adherence w 4 kwartale obserwacji dla ACEI (39±31% vs 58±43% vs 57±43% p=0,0099; dla inhibitora receptora P2Y12: 37±41% vs 53±43% vs 55±41% p=0,0282) i dla analizy łącznej 3 leków (35±36% vs 57±34% vs 55±31% p=0,0025).

Wnioski

1. Przestrzeganie długoterminowego planu terapeutycznego maleje wraz z kolejnymi kwartałami w obserwacji rocznej.
2. Niezależnymi czynnikami socjodemograficznymi różnicującymi adherence pacjentów po zawale serca są: stan cywilny, wykształcenie, status ekonomiczny oraz miejsce zamieszkania.
3. Niezależnymi czynnikami klinicznym różnicującymi adherence pacjentów po zawale serca są: wcześniejszy zawał serca i wcześniejsze CABG.
4. W zakresie analizy występowania przerw w terapii po zawale serca niezależnymi czynnikami predysponującymi do ich wystąpienia okazały się wiek powyżej 65. roku życia oraz wcześniejsza rewaskularyzacja (PCI lub CABG).
5. Poziom gotowości do wypisu ze szpitala był związany z prawdopodobieństwem występowania przerw w zakresie farmakoterapii po zawale serca.
6. Wysoki poziom oczekiwań względem edukacji po zawale serca wpływał na adherence po zawale serca.
7. Pacjenci obciążeni wywiadem kardiologicznym, obejmującym wcześniejszy zawał i rewaskularyzację mięśnia sercowego, stanowią grupę wymagającą szczególnej opieki po kolejnym zawale serca.

KIEROWNIK
Katedry Promocji Zdrowia
Aldona Kubica
prof. dr hab. Aldona Kubica

Aldona Kubica