

Akılcı İlaç Kullanımı

Dr. Kerem Can Yılmaz
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Şubat 2018, Antalya

- Akılcı ilaç kullanımı (AİK);

Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre;

- I. Uygun ilacı
- II. Uygun süre ve dozajda
- III. En uygun maliyetle
- IV. Kolayca sağlayabilmeleridir

Akılcı ilaç kullanımını neden gereklidir?

- Öncelikli olarak halkın sağlığını ve toplumun çıkarını gözetir
 - I. Temel ilaç listelerine veya güncel rehberlere uygun olmayan ilaçların reçetelere yazılması,
 - II. Özel hasta gruplarına uygunsuz ilaç yazılması/kullanılması,
 - III. Gereksiz yere pahalı ilaçların yazılması/kullanılması,
 - IV. Hekimlerin tedavileri konusunda hastalarına yeterli bilgileri vermemesi
 - V. Gereksiz yere antibiyotik/enjeksiyon preparatı yazılması gibi

- Akılcı olmayan ilaç kullanımını nedeniyle;
 - I. Hastalık ve ölümlerde artış görülebilir
 - II. İlaçların yan etki riski artabilir
 - III. Ülke kaynaklarının yanlış tüketilmesiyle temel ilaçlara bile ulaşılabilirlik azalabilir
 - IV. İlaçlara karşı direnç gelişebilir ve yeni tedavi seçeneklerine gereksinim artar

- Türkiye'de Sağlık Bakanlığınca Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili ilk çalışmalar 1992 yılında başlatılmıştır.
- Ekim 2010'da İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüęü bünyesinde, Akılcı İlaç Kullanımı Őube Müdürlüęü kurulmuştur.
- Akılcı İlaç Kullanımı eğitimleri, yirmiden fazla tıp fakültesinin eğitim programına alınmıştır

Akılcı İlaç Kullanımında Sorumlu Taraflar

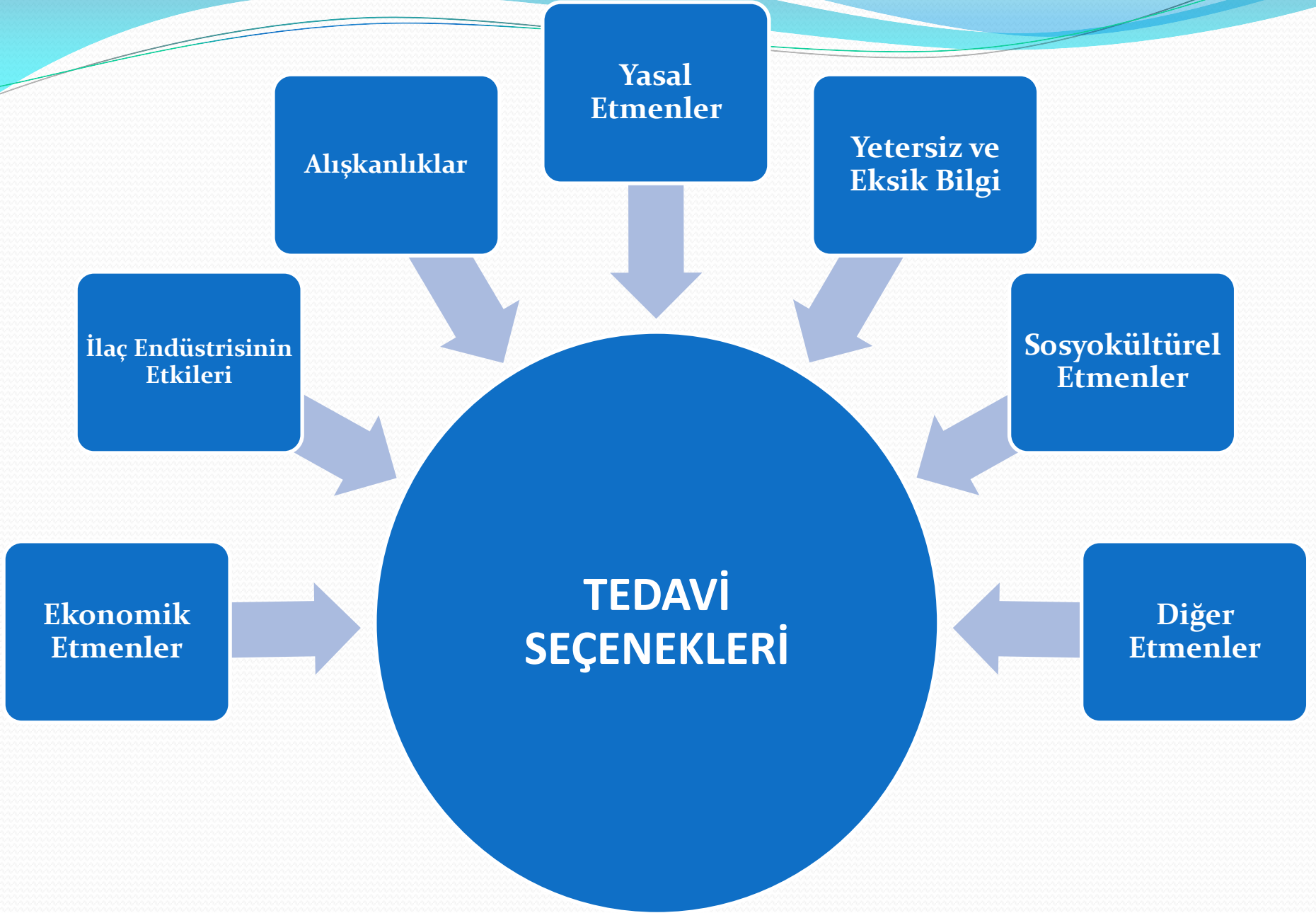
- **Hekim**
- Eczacı
- Hemşire
- Diğer sağlık personeli
- Hasta/hasta yakını
- Üretici
- Düzenleyici otorite
- Medya

AİK'nda nelere dikkat edilmelidir?

- Hastanın probleminin tanımlanması, yani hekim tarafından doğru teşhisin konulması



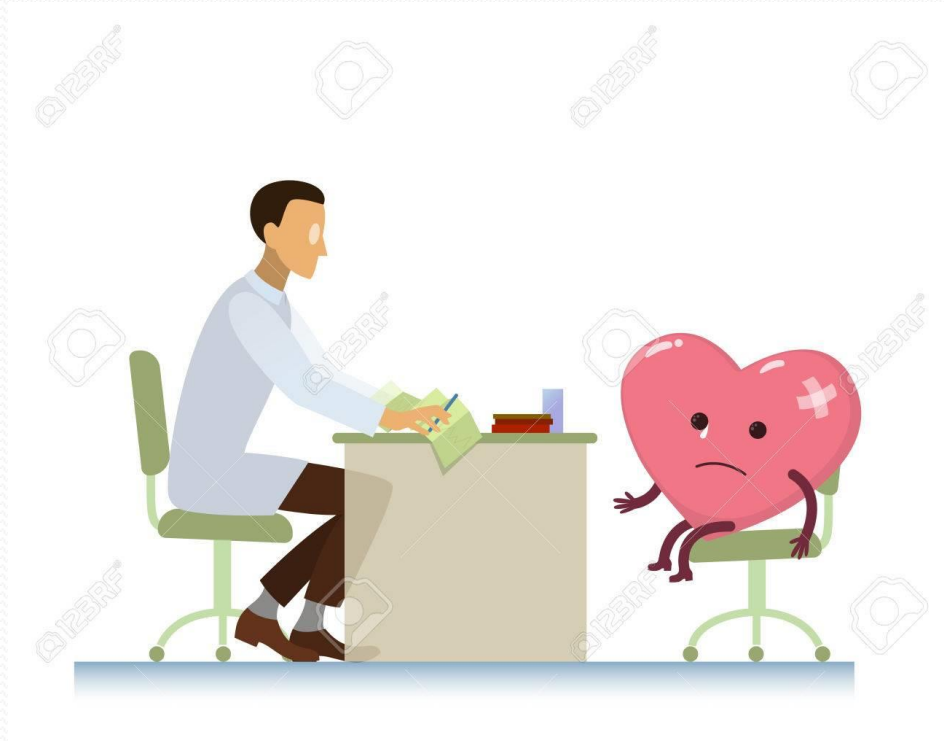
- Buna paralel olarak, ilaçlı veya ilaçsız, etkili tedavinin tanımlanması,
- Eğer ilaçlı tedavi uygulanacaksa, uygun ilacın seçimi,
- Her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçete yazılması basamakları izlenmeli
- Bu aşamada onaylanmış, güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmalıdır





Hekim hastasının tedavisini düzenlerken mutlaka hastasının bireysel özelliklerini dikkate alarak ilaç seçiminde bulunur.

Hasta bilgilendirilmeli



- İlacın etkileri
 - i. İlaç neden gereklidir?
 - ii. Hangi bulgular/yakınmalar geçecek, hangileri geçmeyecek?
 - iii. İlacın etkisi ne zaman başlayacak?
 - iv. İlaç düzensiz alınır ya da hiç alınmazsa ne olması beklenir?



- Yan etkileri

- i. Hangi yan etkiler oluşabilir?
- ii. Hasta bunları nasıl fark edecek?
- iii. Ne kadar sürecek?
- iv. Ne kadar ciddi olacak?
- v. Bunlar için neler yapılabilir?

• Uyarılar

- i. İlaç ne zaman alınmamalı?
- ii. Azami (en yüksek) doz nedir?
- iii. Tedavinin tümünün uygulanması neden gereklidir?
- iv. İlaç nasıl saklanmalı?
- v. Kalan ilaçları ne yapmalı?



- Kontrol

- i. Hasta hekime ne zaman tekrar gelmeli?
- ii. Hangi durumlarda daha önce gelmeli?
- iii. Kontrole geldiğinde nelere dikkat etmeli ve hangi bilgileri getirmeli?

- Her Őey açık mı?
 - i. Hekim hastaya her Őeyi anlayıp anlamadığını sorar
 - ii. Hastanın sorusu olup olmadığını sorar
 - iii. Emin olmak için en önemli bilgileri tekrarlamasını ister

Akılcı İlaç Kullanımının uygulanmasındaki hatalar nelerdir?

- Hastanın probleminin tanımlanmasının hatalı veya eksik yapılması,
- Teşhisin doğru yapılmaması,
- Uygun olmayan tedavi ve ilaç seçimi,
- İlaçlı tedavi planlanıyorsa reçetenin eksik düzenlenmesi veya doğru düzenlenmemesi,
- İlaçların, doz ayarlamasının uygun olmayan şekilde planlanması,
- Hastaya doğru ilacın sunulmaması,
- Hasta ile olan iletişim eksikliği,
- Hastalık, tedavi süreci, ilaç kullanımı, uygulama ve saklama koşulları, yan etkiler ile ilgili yeterli bilgilendirmenin hastaya yapılmaması veya eksik yapılması,
- Hasta uyumunun eksikliği

Hastanın rolü

- Hastalar; kendi tedavi süreçlerinin bir parçası olmaya özen göstermeli ve ilaç kullanımında daha sorumlu ve bilinçli hareket etmelidir

Ne yapmalı?

- Oral antikoagölan kullanan bir hasta intraserebral kanama geçirdiğinde nasıl bir yol izlemeliyiz?

Atriyal Fibrilasyonda Antikoagölasyon ve Serebral Kanama

- AF'de antikoagölün tedavi altındayken serebral kanama riski %0,3-3/yıl
- %45 ölüm, sadece %17 sekel olmadan iyileşiyor.
- Varfarin ilişkili kanamalarda mortalitenin >%90 nedeni serebral kanamadır. Sekellerin tümüne yakını serebral kanamaya sekonderdir.
- Kanamaların >%50'sinde INR <4
- Antikoagölün tedavinin bırakılmasının veya hiç başlanmamasının en önemli nedenlerindedir.

- Mortalite riski yüksek
- Hastalar yaşı
- Hematom ekspansiyon riski yüksek ve süresi uzun
- Rekürren kanama riski yüksek (%1,7-3,7/yıl)

- İnktrakranyal kanama sonrasında oral antikoagölan kullanımıyla ilgili yeterli prospektif çalışma yok
- Yapılan mevcut çalışmalarda bu hasta grubu dışlama kriterleri içinde
- Genel olarak kanamadan 4-8 hafta sonra özellikle ilişkili risk faktörü kontrol altına alındıysa (hipertansiyon gibi) antikoagölasyon başlanabilir¹

Modifiye edilebilir risk faktörleri

Hipertansiyon (özellikle sistolik 160 mmHg üzeri)

Vit K antagonistleri ile labil INR veya terapötik aralık <0%60

Kanamaya yatkınlık yapan diğer ilaçlar , antiplatelet ve non steroid anti inflamatuvar ilaçlar

Aşırı alkol tüketimi (>8 içki/hafta)

Potansiyel modifiye edilebilir faktörler

Anemi

Azalmış renal fonksiyon

Azalmış karaciğer fonksiyonu

Azalmış trombosit sayısı veya fonksiyonu

Modifiye edilemeyen risk faktörleri

Yaş (>65 yaş, > 75 yaş)

Major kanama öyküsü

Geçirilmiş inme

Diyaliz bağımlı böbrek hastalığı veya renal tx

Sirotik karaciğer hastalığı

Malignansi

Genetik faktörler

Biomarker ilişkili kanama risk faktörleri

Yüksek duyarlıklı troponin

Growth differentiation factor 15

Serum kreatinin/tahmini Kr klerensi

| OAK kesilmesini destekleyen etkenler | OAK yeniden başlanmasını destekleyen etkenler |
|--|---|
| İlacın yeterli dozunda kanama olması | Kanama VKA alırken veya doz aşımı |
| NOAK, tedaviye ara verildiğinde veya doz az kullanırken gerçekleştiyse | Travmatik veya tedavi edilebilir neden |
| Yaşlı hasta | Genç yaş |
| KontROLSÜZ hipertansiyon | İyi kontrollü hipertansiyon |
| Kortikal kanama | Bazal gangliyon kanaması |
| Cidd intrakranyal kanama | Yok/hafif beyaz cevher lezyonları |
| Çoklu mikrokanamalar (>10) | Subdural hematoma cerrahi olarak çıkartıldıysa |
| Kanama nedeni ortadan kaldırılmamışsa | Subaraknoid kanama: anevrizma klipslendi ve koillendi |
| Kronik alkol tüketimi | Yüksek iskemik inme riski var ise |
| PKG sonrası ikili antiplatelet tedavi ihtiyacı | |

Patient with AF suffering from an intracranial bleed on OAC
If acute event: establish intensity of anticoagulation (see bleeding flow chart)

**Contra-indication
for OAC**

Consider further information to allow informed judgement

Factors supporting withholding of OAC:

- Bleeding occurred on adequately dosed NOAC or in setting of treatment interruption or underdosing
- Older age
- Uncontrolled hypertension
- Cortical bleed
- Severe intracranial bleed
- Multiple microbleeds (e.g. >10)
- Cause of bleed cannot be removed or treated
- Chronic alcohol abuse
- Need for dual antiplatelet therapy after PCI

Factors supporting reinitiation of OAC:

- Bleeding occurred on VKA or in setting of overdose
- Traumatic or treatable cause
- Younger age
- Well controlled hypertension
- Basal ganglia bleed
- No or mild white matter lesions
- Surgical removal of subdural haematoma
- Subarachnoid bleed: aneurysm clipped or coiled
- High-risk of ischaemic stroke

**Patient or next of kin choice informed
by multidisciplinary team advice**

**No stroke
protection
(no evidence)**

**LAA
occlusion
(IIbC)**

**Initiate or resume OAC, choosing
an agent with low intracranial bleeding risk,
after 4–8 weeks (IIbB)**

- Sonuç olarak, OAK altında intrakranyal kanama geçiren hastalarda kanamadan 4-8 hafta sonra kanama nedeni ve ilişkili faktörler kontrol altına alındıktan sonra tekrar başlanabilir. (Sınıf IIb, B)
- Hastanın risk faktörleri göz önüne alınarak değerlendirme önemli



TEŞEKKÜRLER