

Krehký geriatrický pacient v ambulanci VL

Peter Belan

Chradnáci geriatrický pacient

- kam s ním? Ktorý špecialista, ktoré oddelenie?
- pacientova rodina a lekár sa sústredia na ODCH a sociálne zariadenie?
- prečo?
- v súčasnom zdravotníckom systéme nie je veľa pochopenia pre funkčné ťažkosti a dekompenzovanú starobu

Čo je geriatrická krehkosť?

- pojem „geriatrická krehkosť“ ponúka odpoveď na otázku, ako pomenovať a kam zaradiť pribúdanie závažných ťažkostí a funkčných deficitov starého človeka, ktorý neprimerane (intenzívne a progresívne) „chátra“ bez súvisu s nejakým konkrétnym ochorením;
- pokles potenciálu zdravia, zdatnosti, odolnosti a adaptability organizmu podmienený vekom;
- charakteristické je vzájomné potencovanie jednotlivých faktorov: zacyklovanie a uťahovanie detoriačnej špirály - čímkoľvek podmienená hypomobilita navodí dekonáciu a svalovú slabosť, ktorá zhorší hypomobilitu, čo prehĺbuje dekonáciu, svalovú slabosť;
- dôsledok chorôb, predovšetkým nádorových, pokročilá fáza srdcového zlyhania...;
- geriatrická krehkosť patrí medzi geriatrické symptómy

Čo sú geriatrické syndrómy/symptómy?

- v klinickej medicíne syndrómy – množina príznakov, spôsobená spoločnou príčinou
- geriatrické syndrómy – naopak, typické a časté príznaky majú mnohopočetné a kombinované príčiny
- len výnimočne ide o jedinú, dominantnú príčinu geriatrického syndrómu – kauzálna liečba
- problém treba riešiť symptomaticky, adjuvantne, kompenzačnými postupmi, multidisciplinárne

Geriatrické syndrómy/symptómy

1. afázia, 2. agitovanosť, 3. amnézia, 4. anorexia, 5. apatia, 6. apraxia,
7. aspirácia potravy, 8. chronická bolesť, 9. bradykinéza, 10. deficit androgénov (ADAM, PADAM), 11. dehydratácia, 12. dekonďícia,
13. dekubity, 14. delírium, 15. demencia, 16. depresia, 17. deprivácia,
18. dezorientácia, 19. Diogénov syndróm, 20. dysfágia, 21. dyspepsia,
22. dysúria, 23. týranie a zanedbávanie, 24. chudnutie, 25. hypobúlia,
26. hypomobilita, 27. hypotermia, 28. imobilita, 29. sexuálna dysfunkcia,
30. inaktivita, 31. inkontinencia moča, 32. inkontinencia stolice,
33. insomnia, 34. instabilita, 35. kognitívny deficit, 36. kontraktúry,
- 37. krehkosť (zraniteľnosť, frailty)**, 38. malnutrícia, 39. obstipácia,
40. onychogripóza, 41. ortostatická hypotenzia, 42. osamelosť, 43. pády,
44. paranoia, 45. porucha chôdze, 46. porucha pamäti, 47. poruchy sebestačnosti,
48. presbyakúza a iné poruchy sluchu, 49. presbyopia a iné poruchy zraku,
50. hnačky, 51. retencia moča, 52. rigidita,
53. sarkopénia, 54. self-neglect, 55. synkopy, 56. tinitus, 57. tras,
58. umieranie, 59. únava, 60. úrazy, 61. vyčerpanosť, 62. závislosť na cudzej pomoci,
63. závrate, 64. zmätenosť, 65. spomalenie psychomotorického tempa,
66. strata pocitu smädu, 67. strata zmyslu života, 68. strata radosti zo života - anhedónia

Základné znaky geriatrickej krehkosti

(Friedová a kol. 2001)

1. chudnutie, nechcený úbytok váhy najmenej 4,5 kg za rok
1. subjektívne vnímaná únava a vyčerpanosť
1. svalová slabosť, nízka hodnota stisku ruky (hand-grip)
1. pomalá chôdza
1. nízka úroveň pohybovej aktivity

Ďalšie prejavy geriatrickej krehkosti

- ubúdanie spontaneity a variability (pohybovej, stravovacej a programovej)
- hypomobilita, dekonďícia, sarkopénia, apatia
- psychomotorické spomalenie
- klesajúca tolerancia telesnej a psychickej záťaže
- strata koordinácie pohybu, instabilita
- imunodeficit s recidivujúcimi infekciami
- chronická bolesť, senzorické deficity

Etiológia krehkosti (multikauzálna a individuálne variabilná)

- biologická involúca
- multimorbidita
- nežiadúce účinky liekov
- životný štýl
- psychosociálne faktory
- náročnosť prostredia
- genetická dispozícia

Najčastejšie príčiny geriatrickej krehkosti I.

- kardiálne a respiračné zlyhanie – limituje pohyblivosť
- aktivácia angiotenzínového systému – katabol. svalov
- stáza v čreve – zvýšená tvorba cytokínov
- bolesť a anémia – limitujú pohyblivosť
- znížená aktivácia motorických jednotiek
- zhoršený príjem potravy – chrup, porucha kognitívnych funkcií, psychosociálne faktory
- zmena návykov a podmienok (stravovacích, pitného režimu, pohybu)

Najčastejšie príčiny geriatrickej krehkosti II.

- znížená výkonnosť DK, dekonďícia
- dysfunkcia autonómneho nervového systému
- apatia (deficit dopamínu v CNS)
- depresia, úzkosť, org. psychosyndróm, osobnostné rysy
- chronická bolesť, chronický stres
- dôsledky chorôb: extrapyramidový syndróm, neuropatia, hemiparéza
- nežiadúce účinky liekov

Pôsobenie farmakoterapie na krehkého geriatrického pacienta

- n. ú. anorexia, nauzea, psychický útlm, poruchy pamäti, delíriá, inkontinencia, instabilita, pády, hypomobilita, rozvrat vnútorného prostredia
- podiel na úmrtnosti krehkých starých ľudí
- modifikuje klinický obraz, prehĺbuje atypickosť, prekrýva cenné patognomické príznaky
- dôkladne zvážiť indikácie, dávky, doby podávania a monitorovanie n. ú.
- nevyradovať nesporne účinné farmaká z liečby starých ľudí!

Na čo sa zameriame?

- cieľavedome eliminujeme polypragmáziu
- nový liek kompenzujeme vysadením postrádateľného
- pružná úprava farmakoterapie podľa aktuálneho stavu
- sledujeme stav výživy, renálne a pečeneňové funkcie
- sledujeme poruchy zraku, jemnej motoriky
- berieme do úvahy finančné možnosti pacienta
- zmeny medikácie pacientovi poskytujeme písomne
- overujeme compliance
- kontrolujeme či liek nespôsobuje pády
- rešpektujeme Beersove kritériá
- odporúčame dávkovače liekov, pomôcky (nebulizéry pri inhalácii)

Liečba geriatrickej krehkosti

Kauzálna liečba nejestvuje, potrebná komplexná intervencia!

- liečba vyvolávajúcich a pridružených chorôb
- optimalizácia stravy a jej úpravy
- pozornosť venovať farmakoterapii
- ovplyvnenie spomaleného vyprázdňovania
- terapeutický pokus s SSRI antidepresívom
- orexigénne farmaká
- rešpektovanie psychosociálnej situácie
- posilňovacie cvičenia
- krátkotrvajúce izometrické cvičenia
- podporná výživa
- Heslo: rozjesť, rozchodiť a motivovať !!

Overovanie liečebného efektu

- subjektívne hodnotenie samotným pacientom
- objektívne hodnotenie zlepšenia výkonu (sebestačnosť, aktivita a adherencia k liečbe)
- pri nedostatočnom efekte liečby zmena intervenčnej stratégie a prechod k paliatívnomu (symptomatickému) režimu, akceptujúcemu prirodzenú progresiu geriatrickej detoriácie

Typický „frailty“ človek

- slabosť
- mnoho diagnóz od viacerých špecialistov
- polypragmázia
- nezlepšujúci stav
- postupná anorexia súvisiaca s nadmernou medikáciou
- malnutrícia
- atrofovanie svalstva
- menej pohybu
- depresia
- nesebestačnosť
- odkázaný na inštitucionálnu pomoc

Najčastejšie príčiny hypomobility

- pohybový diskomfort, narastanie náročnosti kontroly pohybu, kombinácia drobných nepríjemností;
- strata motivácie;
- prerušenie stereotypu dlhodobých pohybových návykov;
- ubúdanie pohybovej spontaneity;
- ostych z pohybového postihnutia na verejnosti;
- depresia;
- kognitívny deficit;
- nežiadúce účinky liekov (psychofarmaká, BB, antihypertenzíva, diuretiká atď.);
- úzkosť a strach;
- senzorický deficit, závažné poruchy zraku a sluchu;
- instabilita;
- bolesť, predovšetkým muskuloskeletárna;
- pohybové obmedzenia a porucha motoriky;
- únava a dekonícia;
- svalová slabosť;
- myopatie, najmä endokrinné a metabolické;
- výraznejšie opuchy dolných končatín;
- výrazná obezita;
- dýchavica: kardiálna a respiračná;
- imperatívna mikcia, alebo defekácia;
- iné somatické ťažkosti;
- neprimeraná náročnosť vonkajšieho prostredia

Prevenencia a včasná intervencia multikauzálnej geriatrickej krehkosti v starobe

F - *Food intake maintenance* - udržujte dobrú výživu a dostatočný príjem bielkovín;

R - *Resistable exercises* - pohybujte sa, choďte a posilujte;

A - *Atherosclerosis prevention* - predchádzajte ateroskleróze, ovplyvňujte jej rizikové faktory;

I - *Isolation avoidance* - „Go out and do things“ - choďte von medzi ľuďmi, buďte aktívni, neizolujte sa!

L - *Limit pain* - obmedzujte bolesť, najmä muskuloskeletárnu;

T - *Tai-Chi or other balance exercises* - posilňujte rovnováhu, stabilitu, cvičte tai-chi;

Y - *Yearly functional checking* - dodržujte pravidelné kontroly zdravotného a funkčného stavu

Diagnostika

- konštatovanie geriatrickej krehkosti - krehkého fenotypu. (Aspoň tri z piatich symptómov - neúmyselný pokles hmotnosti o 4,5 kg za rok, únava a vyčerpanosť, svalová slabosť, pomalá chôdza, pokles telesnej aktivity s hypomobilitou);
- vylúčenie iných príčin pacientovho chátrania (vylúčenie monokauzálnej chorobnej príčiny neprospievania a chátrania napr. zhubného nádoru či ťažkej depresie);
- popis pacienta resp. jeho ťažkostí pomocou geriatrických syndrómov a symptómov;
- pre dg. skorej fázy krehkosti je podstatný subjektívny pocit zhoršujúcej sa zdatnosti;
- krehký geriatrický pacient by mal byť vyšetrený v rozsahu kompletneho geriatrického hodnotenia, ktorého základom je anamnestický rozhovor, fyzikálne vyšetrenie a v indikovaných prípadoch doplnenie a overenie údajov u rodiny či iných osôb, ktorí sa o pacienta starajú

Záver

- Geriatrické syndrómy možno chápať ako prioritu geriatrickej medicíny, pretože významne dopĺňajú diagnostikovanie a liečbu „štandardných chorôb.“ V súčasnej praxi mnohopočetné príčiny komplexného syndrómu sú redukované na jedinú, často násilne zvolenú „štandardnú chorobu“, ktorá sa nesprávne uvádza ako príčina ťažkostí. Výsledkom takejto diagnostickej deformácie a redukcie je najčastejšie diagnóza univerzálnej aterosklerózy. Vhodnejším myšlienkovým a metodickým východiskom pre komplexnú praktickú starostlivosť o krehkého geriatrického pacienta je formulácia práve multikauzálnych geriatrických syndrómov. Tento model zdôrazňuje funkčný stav a zdravím podmienenú kvalitu života, lebo multimorbídni krehkí seniori nemusia profitovať z liečby určitej choroby, ak pridružené problémy zhoršia kvalitu života, či dokonca ho ohrozia.

Klinické rozhodovanie o pacientoch by sa malo rozvíjať v rámci individuálnych cieľov a usilovať o rozpoznanie a intervenovanie **všetkých ovplyvniteľných faktorov** biologických aj psychosociálnych a nemalo by sa sústrediť iba na diagnostikovanie, liečbu a prevenciu jednotlivých chorôb.

(Tinetti, ME., Fried, T. 2004: The end of the disease area. Am. J. Med, 116-3)

Ďakujem za pozornosť!