

Ošetrovatelský proces u gerontologického pacienta na chirurgickém oddělení

Geront, geron – stařec, stařena

geriatrický pacient - lze z **kalendářního hlediska** označit automaticky každého seniora (konsensuálně daná hranici časného stáří (dnes obvykle 65 let) nebo vlastního stáří (75 či 80 let)

vhodnější však je chápat jako geriatrického pacienta především takového seniora, který **vykazuje specifické zdravotní či zdravotně-sociální potřeby**, který vykazuje v souvislosti se svým zdravotním a funkčním stavem **zvýšené riziko**





Geriatrické pojetí a Jeanne Calment (1875- 1997)

věk (stáří) není rozhodující kritérium

Rozhodující kritéria:


- prognóza (nepochybná),
- životní kontext,
- funkční stav (orgánový i celkový)

Různé podoby stáří

- **Zdatní senioři** – výborná tělesná i duševní kondice
- **Nezávislí senioři** – soběstační ale bez rezerv, sedavý způsob života, při zátěži např. úrazem či infekcí potřebují pomoc
- **Křehcí senioři** – na hranici soběstačnosti
- **Závislí senioři** – např. výrazně omezený pohyb či středně těžká demence – potřebují trvalou péči rodiny a/nebo pomoc profesionálů a dobrovolníků
- **Zcela závislí senioři** – upoutaní na lůžko, často v dlouhodobé ústavní péči



Geriatrický pacient

- typická je atypičnost
 - stáří je často spojeno s **atypickým obrazem i průběhem chorob**, které mnohdy navíc vyžadují také atypický přístup diagnostický i léčebný
 - **chybění a nenápadnost příznaků**, geriatrická mikro- a oligo-symptomatologie
- 

Viscerální bolest

- bezbolestné peptické vředy, které mohou překvapit nečekaným krvácením do trávicího traktu;

- bezbolestná akutní appendicitida, navíc při svalové ochablosti s chybějícím svalovým napětím (defense) v důsledku sarkopenie a malnutrice.

Horečka, kašel

- U mnohých geriatrických pacientů je i **při závažných zánětlivých procesech teplota normální či jen lehce zvýšená** (subfebrilie), navíc nemusí varovat ani nápadná leukocytóza, konstantnější známkou zánětové reakce je **zmnožení neutrofilů v diferenciálním rozpočtu**
- **Kašel**
Kašel je další z příznaků, jehož absencí se může klinický obraz v gerontologii lišit od typického průběhu onemocnění.

Diferenciál manuální-periferní krev

Neutrofilní segmenty	77,2	*	50,0 - 70,0	%
Neutrofilní tyče	5,3	*	1,0 - 5,0	%
Lymfocyty	8,3	*	25,0 - 40,0	%
Lymfocyt atyp.nersz.	5,3			%
Monocyty	1,9	*	3,0 - 8,0	%
Eozinofily	1,5	*	1,0 - 3,0	%
Bazofily	0,5	*	0,0 - 1,0	%
Popis			málo formy lysle mlty s jadrky	

Geriatrický pacient

Nenápadný obraz vlastního onemocnění je u geriatrických pacientů často překryt sekundární symptomatologií nejkřehčího orgánu, kterým bývá obvykle mozek (méně často ledviny či myokard). Proto u těchto nemocných stereotypně převládá, bez ohledu na povahu dekompenzujícího onemocnění, neurologicko-psychiatrická symptomatologie:

- instabilita - závratě, pády;
- imobilita - neschopnost vstát z lůžka či po pádu ze země;
- inkontinence;
- delirantní stav - psychická alterace, zmatenost.

Geriatrický pacient

Bez včasného rozpoznání a léčení dekompenzující příčiny dochází obdobně jako při zanedbání potřebné ošetrovatelské péče či osobní asistence ke známým geriatrickým komplikacím, jakými jsou:

- dehydratace;
- hypotermie;
- imobilizační syndrom (dekubity, kontraktury, tromboembolická nemoc, zahlenění s hypoventilací a pneumonií a jiné).

Záměna reversibilního delirantního stavu za fluktuující projevy ireversibilního syndromu demence (vaskulární, alzheimerovské i jiné) bývá pro pacienta osudná.

Geriatrický pacient

Zvýšené nároky na ošetřující personál (zhoršená mobilita, zhoršená orientace)

Specifické nároky na volbu vhodné medikace (opatrnost při podávání antacida, diuretika...)

Zvýšené nároky na sledování nutričních potřeb a prevenci malnutrice (včasná monitorace, pravidelné sledování, specifické dietní nároky a nutriční doplňky)

Zvýšené nároky na rehabilitaci (časná mobilizace jako prevence sarkopenie)

Specifické nároky na péči o kognitivní funkce (změna prostředí a onemocnění zhoršují nebo manifestují fce)

Geriatrický pacient

- Vysvětlování (edukace) se musí přizpůsobit mentálnímu stavu pacienta(přecenění nebo podcenění schopností pacienta)
- Nebezpečí zvýšeného tlumení u neklidných pacientů
- Větší nároky na soběstačnost (oblečení, jídlo)
- „ zneschopňování“ schopných (močový katetr, kašovitá strava, infuze)

Funkční geriatrické vyšetření

ADL – soběstačnost

IADL – instrumentální aktivity denního života

MMSE – kognitivní deficit

GDS depresivita

Včasné nízkonákladové intervence = intervence vysoké účinnosti

Krátce otevřené terapeutické okno – včasný zásah

Základní ATB

Hydratace

Snaha o zachování mobility – „županový režim“

Nutrice – do 72 hodin zahájit sipping

Redukce polypragmasie

Prevence mikrotrombů a TEN

Šetrné zvládnání delirií

„Senilita“ není daná věkem, ale chorobami

Robert Neil Butler, lékař, gerontolog , psychiatr, první ředitelem Národního institutu pro stárnutí

