

# GERIATRICKÁ URGENTNÍ MEDICÍNA



**MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.**

**ZZS Středočeského kraje, p.o.**

**Urgentní příjem – Oblastní nemocnice Kladno**

**ČLS JEP Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof  
European Society for Emergency Medicine**

# OD DEMOGRAFIE K URGENTNÍ MEDICÍNĚ

- během 200 let vzestup obyvatel 90 + z 1000 osob na 230 tisíc; akcelerace procesu stárnutí se očekává ještě dynamičtější – do roku 2035 se počet 65 + zvýší o 1 milion, do roku 2050 se očekává nárůst populace seniorů na 3,3 milionu
- V ČR v roce 2011 více než 1,6 milionu osob 65+, přibližně 700 000 osob 75 + a 155 000 osob 85 +
- V současné době tlak na systém důchodového pojištění, v horizontu 15 – 20 let se očekává výrazný tlak na služby včetně zdravotních
- Stáří dnes začíná později (75 – 80 let) díky kompresi nemocnosti, předpokládaná délka dožití 85 – 90 let, na dožití ve zdraví stále kolem 60 let věku!

# DVOJÍ MOŽNÝ NÁHLED NA PROBLEMATIKU

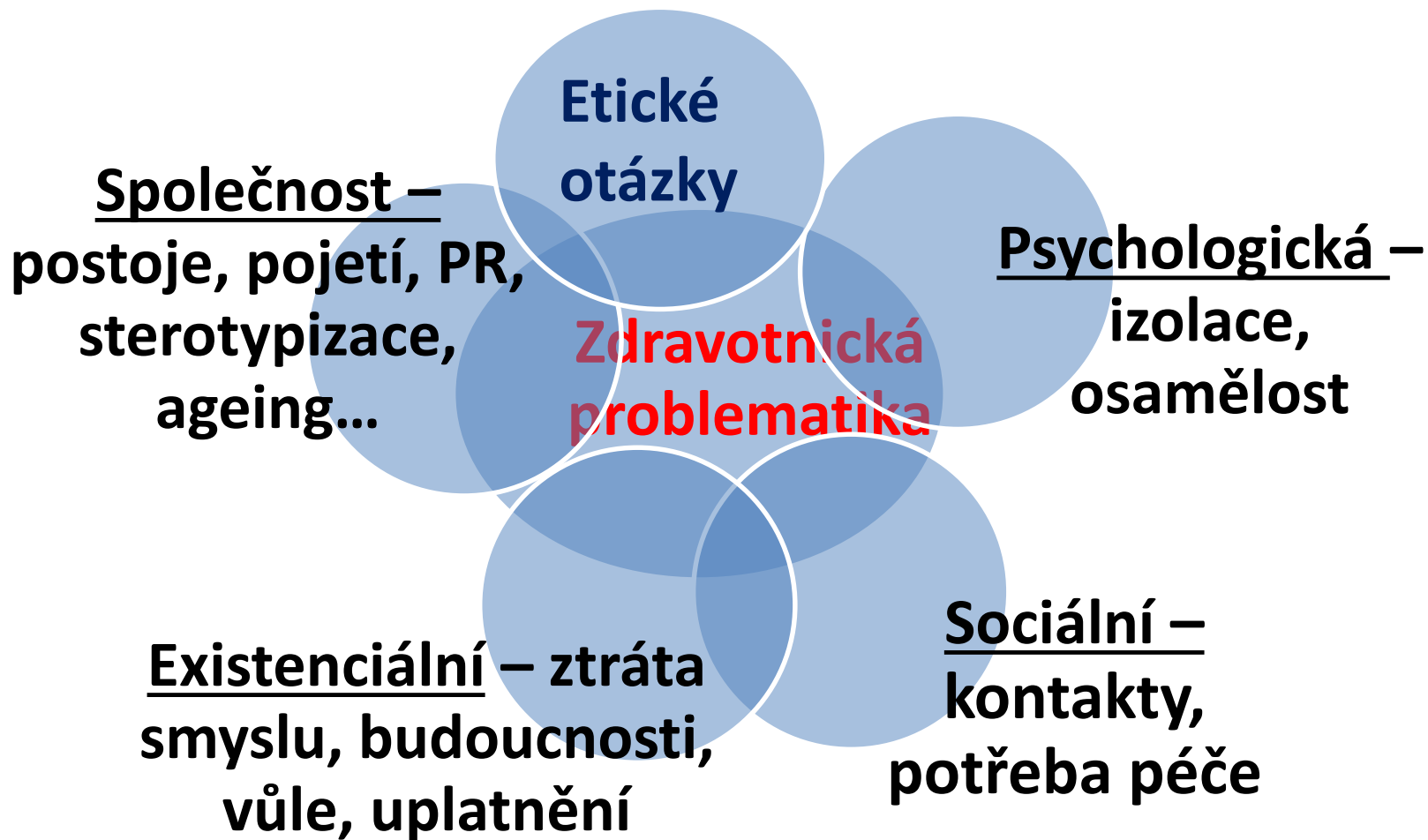
## HUMANISTICKÝ CELOSTNÍ

- Celostní medicína – podpora aktivního úspěšného stárnutí
- Akceptování heterogenity populace seniorů – individuální posuzování, osobnostní autonomie
- „STÁLE JSEM TO JÁ“

## REDUKCIONISMUS

- Pojetí člověka coby biologického systému
- Důraz na prosperitu a výkonnost
- Může vést k ustupování od léčby s paušálním argumentem marnosti

# SOUVISLOSTI GERIATRICKÉ PROBLEMATIKY



# TYPICKÁ PROBLEMATIKA VYŠŠÍHO VĚKU

- Ztráta aktivity a programu
- Sociální izolace (izolovaná gerontologická domácnost) a osamělost
- Konflikty v rodině
- Neúměrné nároky prostředí na seniora
- Obtížná adaptace na zátěž a změny prostředí
- Umístění do ústavní péče
- Špatná finanční situace
- Problémy s očekávanou smrtí
- Typická multimorbidita
- polyfarmacie – zvyšování nežádoucích účinků na úkor terapeutické efektivity
- Zhoršení sluchu, visu, mobility, kognice...
- Terapeutický přístup musí být multidisciplinární, „orgánová“ medicína selhává!
- **Potřeba geriatrických akutních oddělení**

# HETEROGENITA POPULACE SENIORŮ

Jako geriatrického pacienta v PNP klasifikujeme takového seniora, kterého v obvykle připomínané šestiúrovňové funkční klasifikaci můžeme zařadit mezi seniory závislé a zcela závislé

## elitní senioři

zdatní – autonomní: žijí podle svých hodnot

nezávislí – soběstační: samostatný život bez pomoci

křehcí: omezení funkčních rezerv

závislí a zcela závislí: pomoc okolí nebo profesionálních zdravotnických a/nebo sociálních služeb

# VÝRAZNÝ VZESTUP PODÍLU GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

- péče urgentní – akutní – paliativní  
– v podmínkách urgentní medicíny
- urgentní péče pro „elitní seniory“
- akutní péče pro akutní dekompenzaci chronických onemocnění
- paliativní péče v případech terminálních onemocnění



PROBLÉM?  
WHO IS WHO?



# OPTIMÁLNÍ ÚROVEŇ PÉČE A KVALITA ŽIVOTA

- **Urgentní péče včetně intenzivní:**
  - včetně intenzivní péče, invazivních postupů, centrové péče – PCI, trombolytická terapie (posun nebo zrušení věkových omezení a pojem biologického věku)
  - Myslet na následnou rehabilitaci!
- **Akutní péče multidisciplinární s vědomím specifík:**
  - Problematika pádů u seniorů, kognitivních poruch, omezení hybnosti, inkontinence, odlišná symptomatologie typických chorob
  - **akutní geriatrická oddělení! – pro kompenzaci akutních dekompenzací**
- **Paliativní péče:**
  - Indikace při zajištění komfortu, hydratace, nutrice, analgesie...



# OPTIMÁLNÍ ÚROVEŇ PÉČE A KVALITA ŽIVOTA

- **Urgentní péče včetně intenzivní stejně jako u pacientů ostatních kategorií:**
  - Mají adaptační mechanismy na zvládnutí urgentní nemoci nebo úrazu
  - Dostatečná výkonnost v posledních týdnech/měsících
  - Aktivní práce, činnost, sport
  - Přiměřený stav výživy – zachovaná muskulatura zejména hrudníku, funkční svaly fixátorů lopatek (první známky sarkopenie!), HK i DK
  - Bez závažných komorbidit

# ODLIŠNÁ SYMPTOMATOLOGIE NEMOCÍ

- Závisí na povaze nemoci, na sociální situaci člověka, na typu jeho osobnosti, je podmíněna psychickými změnami, které přináší stáří
- Výrazná anxieta – strach ze ztráty soběstačnosti, z opuštěnosti, ze závislosti na svém okolí, bezmocnosti, obavy z hospitalizace, pobytu v ústavu
- Klinický obraz choroby nemusí vždy odpovídat skutečnému stavu pacienta, může být závažnější, než se jeví:
  - Nevýrazné klinické příznaky
  - Netypické příznaky
  - Sklon k protrahovanému průběhu a chronicitě
  - Sklon ke komplikacím
  - Multimorbidita
  - Zvláštnosti chorob ve stáří

# ODLIŠNÁ SYMPTOMATOLOGIE NEMOCÍ

- Mikrosyptomatické projevy nemocí – atypické příznaky „vzdáleného orgánu“
- Ložiskové neurologické příznaky, vertigo, pády – dif. dg. STEMI, sepse, dehydratace
- Náhle vzniklé zhoršení stavu – psychického, fyzického, kognice
- Dezorientace, delirium
- Prognostické konsekvence: řetězce komplikací = úplná kompenzace jedné nemoci vyvolá zhoršení jiné – optimální péče znamená subkompenzaci, zvažování risk/benefit

# PŘÍZNAKY A RIZIKA SYNDROMU FRAILTY

- Pády – syndrom FLOF („found lying on the floor“)
- Imobilita – „ulehnutí“
- Delirium dezorientace, neklid, apatie – někdy může být i bez diagnostikované kognitivní poruchy
- Inkontinence při akutním zhoršení stavu
- Zvýšená náchylnost k vedlejším účinkům léků – BEERSOVA KRITÉRIA - seznam léků nevhodných pro seniory
- Malnutrice, úbytek hmotnosti
- Sarkopenie
- Subjektivní stížnosti na celkový zdravotní stav
- Kognitivní dysfunkce, deprese, ztráta motivace, poruchy spánku

# PROBLEMATIKA FARMAKOTERAPIE

- **léky s anticholinergním efektem** mohou způsobit či zhoršit poruchu kognitivních funkcí
- **benzodiazepiny** (zejména s dlouhým poločasem vylučování), **hypnotika, antipsychotika, ale i PAD** (hypoglykémie) a **antihypertenziva** (relativně častá ortostatická hypotenze!) – mohou zvyšovat riziko pádů
- u nás často užívaný **tramadol** může výrazně zhoršovat kognitivní funkce
- **diuretika** (zvýšené riziko při vyšších dávkách, rovněž za vysokých letních teplot)
- **léky s antikoagulačním účinkem** (při zvýšeném riziku pádů)

# SCREENING SYNDROMU FRAILTY = KŘEHKÝ SENIOR

## PRISMA KRITERIA

**(3 a více hovoří pro syndrom frailty):**

- 1. Věk nad 85 let?**
- 2. Mužské pohlaví?**
- 3. Chronické zdravotní problémy, které limitují běžné aktivity?**
- 4. Dlouhodobě potřebuje pomoc druhé osoby?**
- 5. Zdravotní problémy, v důsledku kterých setrvává převážně doma?**
- 6. Spoléhá se v případě pomoci na někoho blízkého v okolí?**
- 7. Užívá pravidelně hůl, berle nebo chodítko?**

# VYŠETŘENÍ U PODEZŘENÍ NA SYNDROM FRAILITY

- základní klinické vyšetření – pozornost věnovat závažným příznakům „red flags“ naznačujícím potřebu hospitalizace (hypoxie, tachykardie, hypotenze...)
- alespoň základní posouzení soběstačnosti (zvednout se z postele, přesun mimo, je schopen užívat toaletu, jedl a pil sám)?
- jsou přítomny příznaky frailty? (pády, „ulehnutí“, nově vzniklá inkontinence)
- dezorientace (buď nově vzniklá nebo zhoršení kognitivních funkcí u demence – dle pečujících)

# ZMATENOST A DEZORIENTACE

## DELIRIUM

- Akutní kvalitativní porucha vědomí
- **Důsledkem akutní změny nebo akutního onemocnění – vývoj v průběhu hodin a dnů**
- Diagnostika (infekce, metabolické poruchy, kardiální dekompenzace, dehydratace)
- TERAPIE!!!!

## DEMENCE

- Poruchy kognitivních funkcí a poruchy chování
- **Chronická progrese, ireverzibilní poškození zejména mozkové kůry – neurodegenerativní nebo vaskulární onemocnění**
- Symptomatická léčba a ošetrovatelská péče, psychosociální a režimové
- intervence



# PALIATIVNÍ PÉČE

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP  
Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP

## KONSENSUÁLNÍ STANOVISKO K POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE U NEMOCNÝCH S NEZVRATNÝM ORGÁNOVÝM SELHÁNÍM

- Dokument se týká pacientů léčených na JIP a ARO
- Lékaři PNP byli seznámeni
- **Měli by s ním být seznámeni i lékaři a zdravotnický personál DPS a rodinní příslušníci**
- U pacientů dlouhodobě odkázaných na nepřetržitou péči jiné osoby je třeba zvážit zahájení KPR a požadavky na intenzivní péči

# PALIATIVNÍ PÉČE

## DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010

k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

### 2. CÍLE KONSENSUÁLNÍHO STANOVISKA

- a) Definovat nejčastěji používané pojmy se vztahem k problematice.
- b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kde zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je znám), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- d) **Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kdy se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení dané léčebné metody (nebo pokračování v ní) s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.**
- e) **Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.**
- f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko České lékařské společnosti J.E. Purkyně, že:  
*Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním Verze 1/2009 3*

- **odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,**
- **nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.**

# PALIATIVNÍ PÉČE

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP  
Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP

## KONSENSUÁLNÍ STANOVISKO K POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE U NEMOCNÝCH S NEZVRATNÝM ORGÁNOVÝM SELHÁNÍM

### 5. ZÁKLADNÍ PRINCIPY

- Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem zdravotní péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta. *Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním* Verze 1/2009 5
- Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- **Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu**, který není odborně odůvodněný, **kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku** na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu **je v rozporu s etickými principy medicíny** a Chartou práv umírajících.
- Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.