

Lekarz rodzinny - opieka nad podopiecznym w starszym wieku

Dr n. med. Konstanty Radziwiłł

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Katarzyna Życińska

Starość

- „wczesna” 60-75 r.ż.
- „pośrednia” 75-90 r.ż.
- „późna” powyżej 90 r.ż.

Starość

- 26,3% populacji (rośnie)
- 31,5% porad w POZ (rośnie)

Cechy starości:

1. Biologiczne

- Zmiany strukturalne (na poziomie DNA, białek, komórek, tkanek, narządów i całego organizmu)
- Zmiany czynnościowe (pogorszenie reaktywności, zdolności adaptacyjnych, możliwości naprawczych, szlaków metabolicznych)

Cechy starości:

2. Psychologiczne

- **Uwaga** niepodzielna i zależna od wzroku
- **Pamięć świeża** osłabiona
- **Uczenie się** pogorszone
- **Myślenie** konkretne i dosłowne
- **Krytyczna ocena siebie** stępiona

Cechy starości:

3. Psycho-społeczne

- Zespół „pustego gniazda”
- Izolowanie ludzi starych od społeczeństwa („ageism”)
- Wysoka chorobowość
- Niepełnosprawność ruchowo-społeczna
- Problemy materialne

Szczególne potrzeby pacjenta w podeszłym wieku

Wrogowie starości: **samotność i bezczynność** – potrzeba wsparcia, niekiedy opieki

- Społeczne (rodzina, społeczność lokalna, instytucje publiczne i prywatne)
- Psychologiczne
- Zdrowotne (diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne)

Potrzeby społeczne – rola lekarza rodzinnego

- Współpraca z rodziną pacjenta (w tym: wsparcie rodziny)
- Współpraca z instytucjami opieki społecznej (w tym skierowania)
- Współpraca ze społecznością lokalną (sąsiedzi, parafia)

Potrzeby psychologiczne – rola lekarza rodzinnego

- Czas poświęcony nie tylko sprawom medycznym, ale także rozmowie – **towarzyszenie!**
- Uwaga skupiona na rzeczywistych potrzebach pacjenta
- **Akceptacja dla starości**
- **Tolerancja** (także ograniczona tolerancja dla nieprawidłowych zachowań)

Potrzeby zdrowotne - profilaktyka

- Wczesna – zdrowy styl życia (aktywność fizyczna, racjonalna dieta, płyny, niepalenie)
- Pierwotna – unikanie czynników ryzyka (cukier, sól, tłuszcze nasycone i utwardzone, alkohol)
- Wtórna – testy przesiewowe (mammografia do 69 (74) co 2 lata, cytologia szyjki macicy do 64 co 3 lata, kolonoskopia do 74 co 10 lat, glikemia co 3 lata, lipidogram co 5 lat, densytometria po 65/70 co 2-5 lat, TSH co 5 lat, HCV, PSA +per rectum co 2-4 lata do 75)
- Trzeciorzędowa – zapobieganie skutkom choroby i niepełnosprawności, rehabilitacja

Potrzeby zdrowotne - profilaktyka

Szczepienia:

- Grypa
- Covid 19
- Półpasiec
- Wzw typu B
- Wzw typu A – pchwy
- dTap co 10 lat
- Pneumokoki – wszyscy > 65, palacze, przewlekłe choroby (w tym nowotwory)

Chorowanie osób w podeszłym wieku

- „of aging”
- „in aging”

Chorowanie „of aging”

- Upadki
- Odleżyny
- Nietrzymanie moczu i stolca
- Osteoporoza
- Zespoły otępienne
- Przerost gruczołu krokowego

Upadki

- Ryzyko upadku – skala Tinetti (samodzielne lub z pomocą wstawanie, utrzymywanie nieruchomej pozycji stojąc, chodzenie, obracanie się, siadanie) – wiek, płeć żeńska, słaba budowa, upadki w wywiadach, schorzenia (neurologiczne, okulistyczne), leki (psychotropowe, hypotensyjne, p-bólowe)
- Skutki upadku – lęk prowadzący do zaniku aktywności, krwiaki wewnętrzne, złamania (~50% upadków)
- Zapobieganie – usprawnianie fizyczne, eliminowanie przeszkód (oświetlenie, progi, dywany ...), poszerzanie podstawy (przysady pomocnicze), etapowe wstawanie
- Procedury alarmowe

Odleżyny

- Martwicze uszkodzenia skóry najczęściej w okolicy wyniosłości kostnych (czasem także tkanek głębszych) na skutek niedokrwienia (w wyniku ucisku, tarcia, maceracji)
- Czynniki sprzyjające: zanik tkanki podskórnej, zmniejszenie odczuwania bólu, osłabione czynniki obronne, schorzenia upośledzające ukrwienie (niewydolność krążenia, miażdżyca, cukrzyca, niedokrwistość), niedożywienie, unieruchomienie

Odleżyny - zapobieganie

- Ocena ryzyka – skala Nortona (stan ogólny, świadomość, mobilność, kontrola zwieraczy, samodzielność przy zmianie ułożenia)
- Codzienne oglądanie skóry
- Częste (min. co 2 godziny) zmienianie pozycji chorego
- Wyposażenie przeciwoodleżynowe (materace, podkładki, ochraniacze)
- Utrzymywanie czystości i suchości skóry

Odleżyny - leczenie

- Stosowanie metod zapobiegawczych
- Masaż pobudzający krążenie
- Oczyszczanie (woda z mydłem, 0,9% NaCl)
- Usuwanie martwicy (maści, chirurgicznie)
- Antybiotykoterapia miejscowa
- Stosowanie specjalnych opatrunków (hydrokoiloidy, hydrożele) o przedłużonej skuteczności

Nietrzymanie moczu

- Czynniki sprzyjające: zmniejszenie pojemności pęcherza, upośledzenie odruchów, zaleganie moczu, obniżenie napięcia mięśni miednicy i zwieraczy, przerost gruczołu krokowego
- Dodatkowe czynniki: zakażenia układu moczowego, leki (psychotropowe, diuretyki)
- Postępowanie: leczenie przyczynowe (urologiczne, ginekologiczne), ćwiczenia, synchronizacja diuretyków z porą doby, leki (oksybutynina 2-3x5 mg, flawoksat 3x200 mg, doksazosyna 1x1-4mg – **uwaga!**)
- Postępowanie osłaniające: środki pomocnicze (wkładki, pieluchy, cewniki), kosmetyki chroniące skórę

Chorowanie „of aging” cd.

- Osteoporoza - profilaktyka i leczenie: aktywność fizyczna (ćwiczenia z obciążeniem), dieta bogata w wapń (lub jego suplementacja), witamina D (np. alfakalcydol 1x0,25-0,5µg,, zaprzestanie palenia, ograniczenie kawy i alkoholu)
- Łagodny przerost gruczołu krokowego - rozpoznanie (badanie *per rectum*) i leczenie (leki roślinne, α-blokery, antyestrogeny, leczenie zabiegowe)
- Zespoły otępienne – zapewnienie opieki (instruktaż i wsparcie rodziny, opieka społeczna)

Chorowanie „in aging” - trudności diagnostyczne

- Częste występowanie „masek” starczych
- Przewaga skarg i objawów niespecyficznych
- Trudności w zebraniu wywiadów lekarskich
- Niechęć chorych do poddawania się badaniom

Najczęstsze choroby „in aging” i ich odrębności u osób starszych

- Nadciśnienie tętnicze: **konieczność leczenia**, zasada dobrej tolerancji terapii hypotensyjnej
- Choroba niedokrwienna serca: często bezbólowe niedokrwienia (także bezbólowy przebieg zawału mięśnia sercowego)
- Zaburzenia krążenia mózgowego (także: niedociśnienie tętnicze) – problem właściwego **nawodnienia**
- Cukrzyca – unikanie możliwości **hypoglikemii**

Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)

Ocena:

- stanu funkcjonalnego i jakości życia
- priorytetów leczniczych i rehabilitacyjnych
- potrzeb i możliwości dalszego leczenia, rehabilitacji, opieki i warunków zamieszkania.

COG obejmuje:

- zdrowie fizyczne
- sprawność funkcjonalną
- zdrowie psychiczne
- uwarunkowania społeczno-środowiskowe.

Skala VES13 (Vulnerable Elders Survey)

Badanie kwestionariuszowe, oparte na samoocenie stanu zdrowia i możliwości wykonywania codziennych czynności. Wynik punktowy wskazuje na stopień samodzielności w wykonywaniu codziennych typowych czynności.

Skala VES13 (Vulnerable Elders Survey)

- Wiek badanego: 60-74 0 pkt
 75-84 1 pkt
 85+ 2 pkt
- Samoocena stanu zdrowia:
 wspaniałe lub dobre 0 pkt
 przeciętne lub złe 1 pkt

Skala VES13 (Vulnerable Elders Survey)

Czy ma Pan/i znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe:

- pochylanie, kucanie, klękanie tak/nie
- podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze około 4,5 kg tak/nie
- sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków tak/nie
- pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów tak/nie
- przejście około 400 m tak/nie
- ciężka praca domowa, jak mycie podłóg lub okien tak/nie

Jeśli dwie (lub więcej) odpowiedzi są pozytywne, należy przyznać 2 punkty, a jeśli jedna, to 1 pkt

Skala VES13 (Vulnerable Elders Survey)

Czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pan/i trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje:

- zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki tak/nie
- rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków tak/nie
- przejście przez pokój (również z pomocą kuli, laski lub balkonika) tak/nie
- wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu) tak/nie
- kąpiel w wannie lub pod prysznicem tak/nie

Jeśli choć jedna z odpowiedzi jest pozytywna, należy przyznać 4 punkty.

Skala VES13 (Vulnerable Elders Survey)

Uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych 2 lat i jest rekomendacją do przeprowadzenia COG.

Skala samodzielności Barthel

Ocena pacjenta wg skali Barthel

Lp.	Czynność*	Wynik**
1.	Spożywanie posiłków: 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie : 0-nie jest w stanie. Nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-potrzebna większa pomoc fizyczna, jedna lub dwie osoby 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej: 0-potrzuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy. Czesaniu się, myciu zębów z zapewnionymi pomocami	
4.	Korzystanie z toalety /WC/ 0-zależny 5-potrzuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchni płaskich: 0-nie porusza się lub < 50 m 5-niezależny na wózku. Wliczając zakręty > 50 m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby >50 m 15-niezależny ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski >50m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0-zależny 5-potrzuje pomocy ale może wykonywać połowę bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9.	Kontrolowanie stolca; zwieracza odbytu: 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza zdarzenia przypadkowe 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu; zwieracza pęcherza moczowego: 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
	<i>opiekun.med24.blogspot.com</i> Wynik kwalifikacji ***	

* - w punktach od 1-10 należy wybrać jedną z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta

** - wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

*** - w ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

Skala Barthel

- 0-20 pkt całkowita niesamodzielność
- 20-80 pkt w jakimś stopniu pacjent potrzebuje pomocy innych
- 80-100 pkt przy niewielkiej pomocy chory może funkcjonować samodzielnie
- W praktyce: do 40 pkt kwalifikuje chorego do opieki długoterminowej – oznacza to bowiem, że wymaga on stałej opieki

Test rysowania zegara (CDT)

- ocena funkcji wzrokowo-przestrzennych zależnych od płata czołowego i kory skroniowo-ciemieniowej. Jest stosowany do przesiewowej oceny **otępienia**.

Test rysowania zegara (CDT)

- Czas przeprowadzenia badania < 5 min.
- Kartka papieru (najlepiej A4) i ołówek
- Narysowanie tarczy zegara i oznaczenie na niej wszystkich godzin (1-12)
- Umieszczenie na tarczy wskazówek tak, aby wskazywały godzinę 11:10
- Instrukcję można powtarzać tyle razy, ile trzeba, jednak bez dodatkowych objaśnień.

Test rysowania zegara (CDT)

10 pkt	tarcza zegara narysowana poprawnie, wskazówki są na właściwych pozycjach
9 pkt	tarcza zegara narysowana poprawnie, drobne pomyłki w położeniu wskazówek
8 pkt	tarcza zegara narysowana poprawnie, wyraźne błędy w położeniu wskazówek
7 pkt	tarcza zegara narysowana poprawnie, wskazówki są źle położone
6 pkt	tarcza zegara narysowana poprawnie, niewłaściwe użycie wskazówek lub zakreślenie bezpośrednio cyfr czy oznaczenie czasu cyfrowo
5 pkt	rysowanie zegara zaburzone, cyfry zgrupowane po jednej stronie tarczy lub odwrócenie ich kolejności
4 pkt	rysowanie zegara zaburzone, brak cyfr lub cyfry poza tarczą
3 pkt	rysowanie zegara zaburzone, tarcza zegara i cyfry nie są ze sobą powiązane, brak wskazówek
2 pkt	rysunek bardzo słabo przypomina zegar
1 pkt	próba rysowania nie została podjęta lub wyniku nie można zinterpretować

Test rysowania zegara (CDT)

Interpretacja:

- 6-10 pkt - ogólnie rysowanie zegara poprawne
- 0-5 pkt rysowanie tarczy zegara zaburzone - **otępienie**

Chorowanie w podeszłym wieku – zasada terapii

start low - go slow

Literatura:

- Latkowski J.B., Lukas W. Godycki-Ćwirko M. „Medycyna rodzinna”, Warszawa 2017