

Geriatrický pacient a frailty - od nepochopení k podpoře a zpět?

Zdeněk Kalvach

Geriatriciční pacienti za demografické změny a šedé vlny



potulují se zdravotnictvím
nepochopení, neoblíbení, bez
jasného smyslu, s odérem
marnosti:

Animace?/Paliace?

Dystanázie?/Eutanázie

Etika?/Ekonomika?

Zemřít (ne)nechat: kdy a proč?

Pyšná touha po nesmrtelnosti?

Pokorné právo na život?

A proč tak mnozí – i na JIP???

Geriatrické objevy pro intenzivistické postupy? Prakticky žádné!

- Věk: lineárně rizikový faktor úmrtí v IP – involuce? komorbidity? funkční stav?
- Cut-off: sporný – 75 let?
- Geriatrická prognostická kritéria: nespolehlivá
- Klinický odhad prognózy: „sedí“ – ovlivní péči?
- Dávkování léků: dle funkčních parametrů
- Specifické výzvy: deliria (záněťová, pooperační)
zachování mobility - rhh

Základní dnešní otázky geriatrické IP s nejasnými odpověďmi

- Zřejmě nikoliv jak? kolik? Kdy?
- Ale:
 - K jakému cíli?
 - V jakém diskursu, pojetí „starce na JIP“ (je stařec jako stařec a čím se stává „troskou“)?
 - Proč, k čemu to je?
- Vrchol rozpaků: JIP FN, nebo domov pro seniory bez lékaře?
- A proč je výsledek hospitalizace špatný, i když byla intervence JIP úspěšná?
- A proč se brzy vracejí? – Chabá podpůrná kapacita terénu SIPS

John Glenn 79: senior, nebo geriatrický pacient?



Senior: člověk starší určitého věku – 65?, 75?

Geriatrický pacient: senior se specificky geriatrickými

- projevy a problémy
- potřebami
- deficity a riziky

křehkost/frailty

Geriatrické pojetí a Jeanne Calment (1875 – 1997)



Věk (stáří) ≠ rozhodující
medicínské kritérium

Rozhodující kritéria:

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

Marnost I: Individualizovaná JIP péče vs geriatrický hospitalismus standardu



Na standardních odděleních nemocnic

- chybí „enabling geriatrics“
- hrozí **geriatrický hospitalismus**
 - zbytečná indukce ústavní LTC
 - znehodnocení nákladných výkonů včetně JIP

Na konci JIP: kam s ním?

kam s ním, aby ho nezmarnili?

Podpora intenzivistů geriatrické medicíně?

Marnost II - funkční: nepochopení lidé

Ctibor Drbal (1927 – 2008)



- **Potenciál zdraví:**
 - Zdatnost
 - Odolnost
 - Adaptabilita
- Potenciál zdraví i chronicky nemocných
- **Geriatrická křehkost:** medicína nízké úrovně potenciálu zdraví (přibývá stresorů)

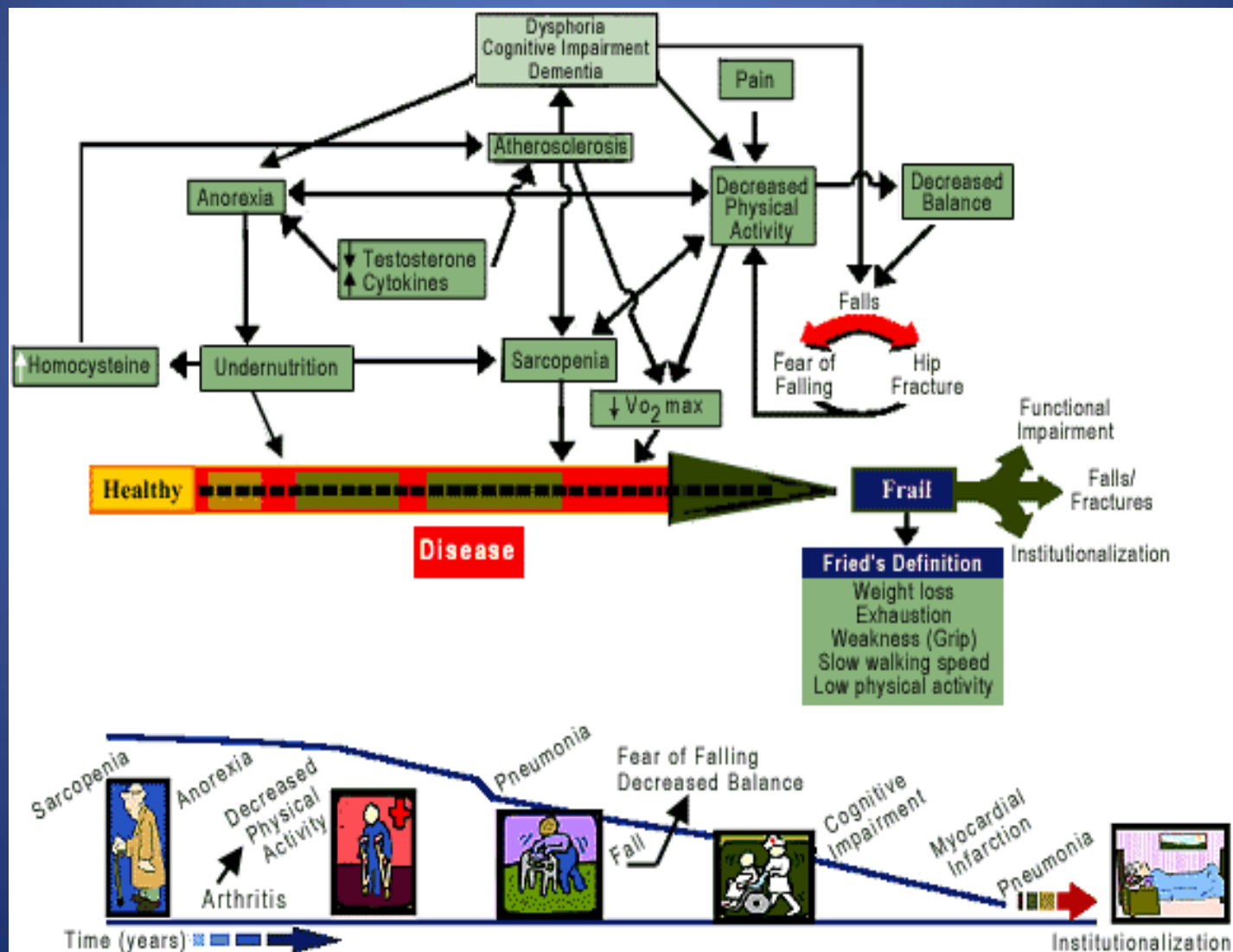
Struktura potenciálu zdraví i křehkosti (frailty) – dominová dekompenzace

Dimenze	Slozky		
	Zdatnost	Odolnost	Adaptabilita
Tělesná (somatická)			
Psychická			
Sociální			
Spirituální			

Somatická křehkost (frailty) kritéria dle Lindy Fried

- Neúmyslný pokles hmotnosti $> 5\text{kg/rok}$ (anorexie)
- Únava, vyčerpanost
- Svalová slabost - sarkopenie, \downarrow síla DK i hand grip
- Pomalá chůze (a instabilita s pády)
- Pokles tělesné aktivity – hypomobilita, de kondice

Spirálová patogeneze multikauzální frailty (J. E. Morley, St. Louis University)



Priority geriatrického snažení vůči křehkosti

- Smysl a vůle ke smyslu: geriatrie = medicína v kontextu V. E. Frankla
- Důstojnost osobnostní identity – „stále jsem to já“, dignitogeneze
- Podpora „udržet se na nohou“
 - Obrazně – motivace, psychická podpora na JIP!
 - Doslovně - rehabilitace

Aaron Antonovsky (1923-1994), WHO, úspěšné stárnutí, pojetí geriatric



**Zdraví je více než
nepřítomnost nemoci =
nezdraví je i mimo disease
model – nejvýrazněji v
geriatrii!!**

Salutogeneze

Sense of coherence

Marnost III – diagnostická: Geriatrická medicína

- Medicína na nízké úrovni potenciálu zdraví
- Přibývá dekompenzujících stresorů
- Nutná dvojí intervence
 - kauzální příčina: zánět, trauma, operace, ...
 - funkční stav: udržení zdatnosti - funkce

Geriatrická diferenciální diagnostika a geriatři obři

Mikrosymptomatologie a dominance nespecifických příznaků (dekompenzace nejkřehčího orgánu – mozku)

- Psychická alterace

- Apatie, hypobulie, somnolence – hypoaktivní delirium
- Zmatenost, neklid, agitovanost, insomnie, deliberace (hyperalgie) – hyperaktivní delirium

- Instabilita – pády

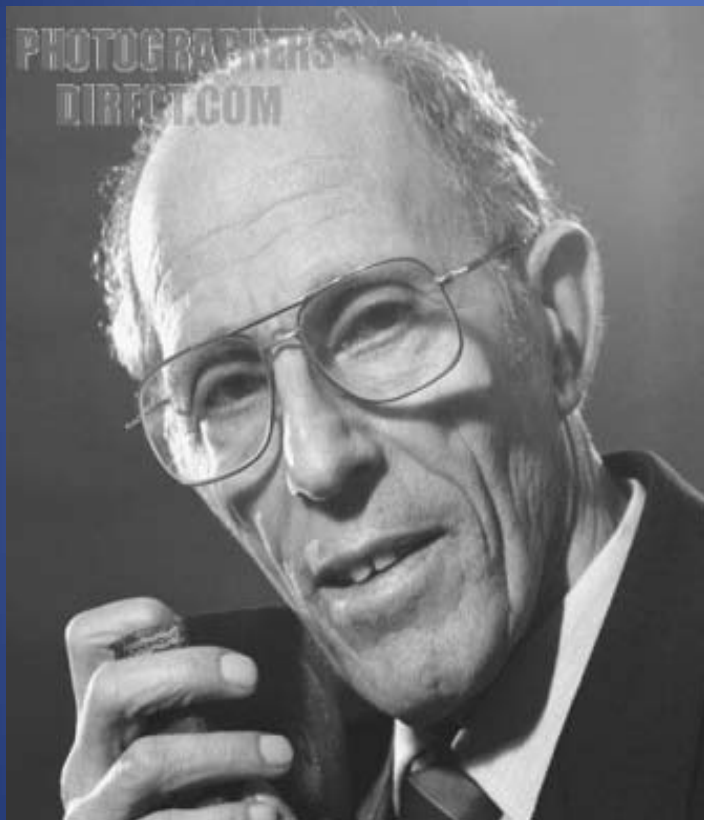
- Inkontinence

- Imobilita

Efekt cytokinů? Oligo- a mikrosymptomatický SIRS/sepse?

Bernard Isaacs (1924-1995)

Profesor geriatricie v U.K.



- Koncept geriatrických obrů 5 "Is" (70. léta)
- Kurativní geriatricie
- Geriatricie 3 „Ws“ – wit, warmth, wisdom
- Geriatr je lékař s měkkým srdcem, tvrdou hlavou, tlustou kůží a silnými rameny

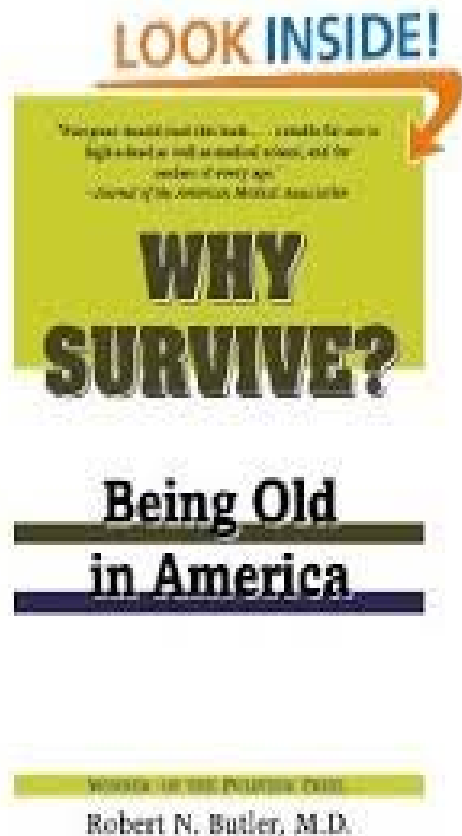
Příčiny nejasné dekompenzace stavu geriatrického pacienta

- Záněť
- Nežádoucí účinky léků
- Arteriální hypotenze a hypovolemie
- Poruchy vnitřního prostředí
 - dehydratace
 - hyponatremie
- Anemie, hypoxemie

Geriatrická „IP“: včasné nízkonákladové intervence vysoké účinnosti

- Včasný zásah – krátce otevřené terapeut. okno
- Základní ATB
- Hydratace
- Zachování mobility – „županový režim“
- Nutrice – do 72 hodin (sipping)
- Redukce polypragmasie
- Prevence mikrotrombů a TEN - heparin
- Šetrné zvládnání delirií

Marnost IV etická – marní lidé: „Proč ještě na JIP a ne na hřbitov?“



Robert Butler (1927 – 2010)

1. ředitel NIA, ILC - USA



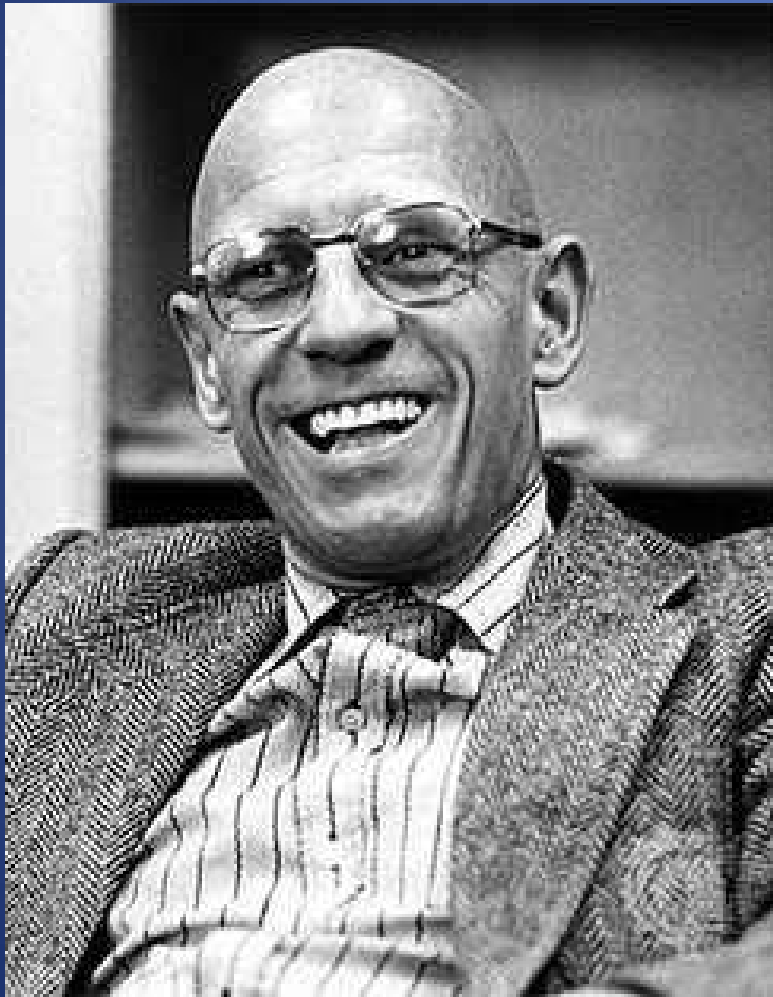
- „Advokát seniorů“, pojem **ageismus** – 1968
- „Senilita“ není dána věkem, ale chorobami
- 1975 „*Why survive? Being Old in America*“ (Pulitzerova cena 1976)
- 1. geriatrická klinika v USA – 1982 (Mt. Sinai Hospital)
- Dnes: ageismus versus frailtismus?

Prof. Zeke Emanuel – odd. klinické bioetiky NIH, public health



- *Why I hope to die at 75: život je završen, dále je méněcenný, není jej rozumné léčit (09/2014)*
- Jen paliativní péče?
- Paliatizace „marných“ lidí?
- **Intenzivní péče = nonsens?**

Michel Foucault (1926-1984): varování před biopower



Snaha řešit společenské problémy biologicky – biologizace, medicinace, psychiatrizace

Ovládnání společnosti pomocí biomedicíny: kontrola porodnosti, eugenika, euthanasie ...

Historické varování

profesor Alfred Hoche (1865-1943)



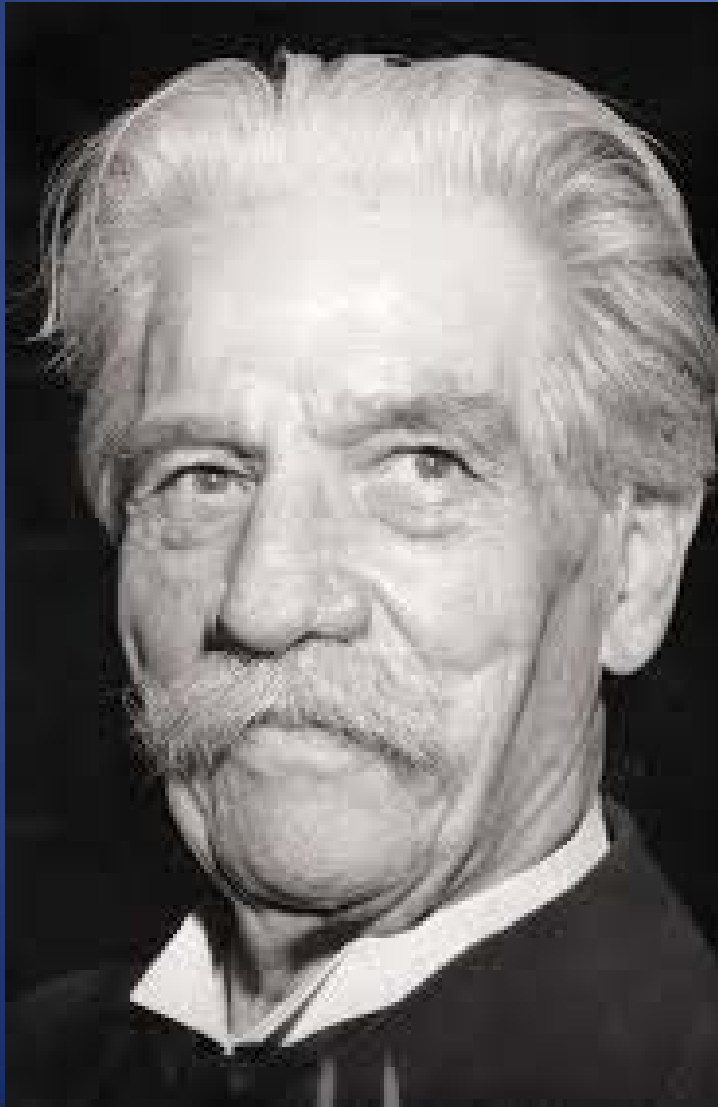
K. Binding, A. Hoche: „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“
(Osvobození ze zhouby života nehodných životů, 1920).

Otevření cesty k eutanázii
(mentální retardace,
demence)

Podpora odstoupení od intenzivní péče

- Pacientova vůle vyjádřená předem (living will, DNR)
- Pověření blízké osoby rozhodováním v zastoupení
- Pokročilá fáze neléčitelné choroby (nejde o věk) – režim paliativní péče
- Intolerance intervencí (zavírání terapeutických oken)

Albert Schweitzer (1875-1965) východisko k humanistické gerontologii

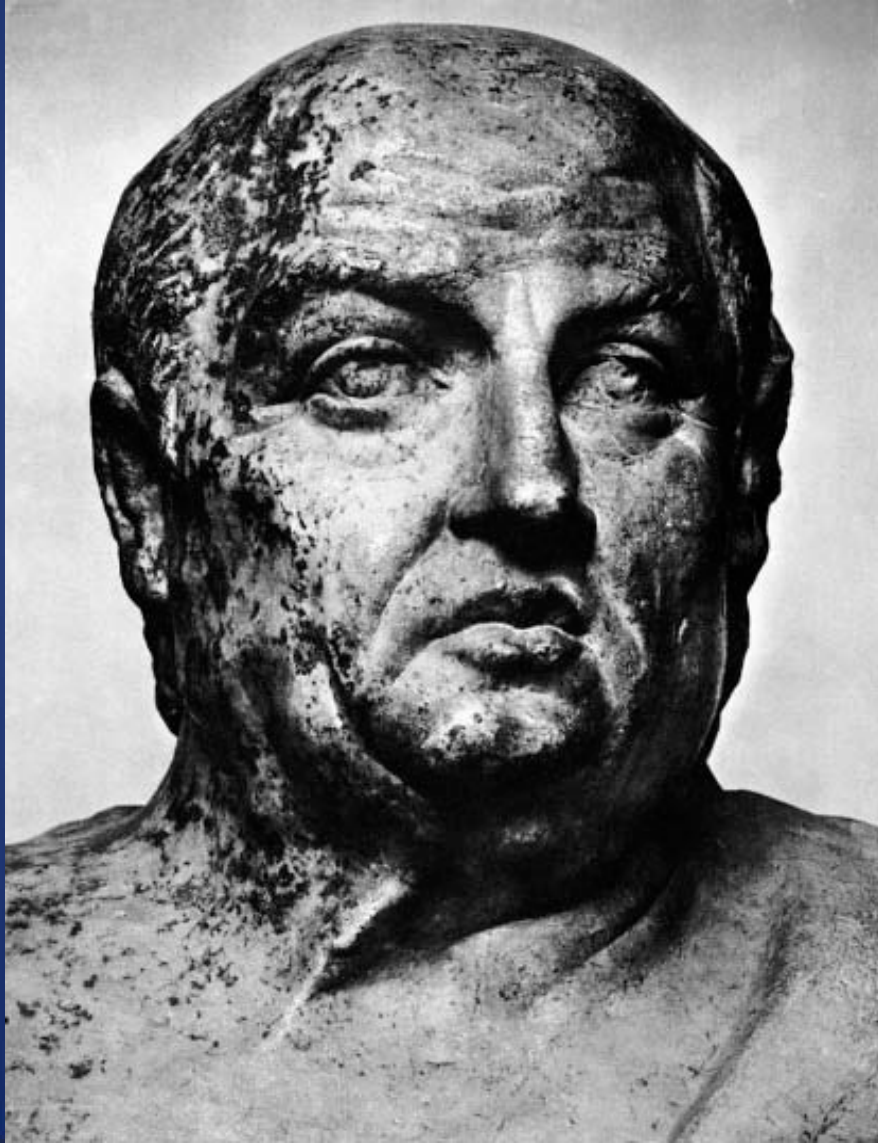


1952 Nobelova cena míru
za „úctu k životu“
(reverence for life)

„Podstatou humanity je,
že žádný člověk nesmí být
obětován žádnému cíli“.

„I am life which **wills to
live**, and I exist in the
midst of life which wills to
live“ (vůle ke smyslu)

Lucius Annaeus Seneca (4 př. n. l. – 65 n. l.)



„Je zcela zbytečné
se ptát, má-li život
smysl či ne.

Má takový smysl,
jaký mu dáme.“

Odkaz Dona Quijota pro renesanci humanismu + bezpečí křehkých



- Racionalita zabíjí duši
- Víra v čest je více než čest sama
- Víra v Hippokrata je více než sama obtížně definovatelná hippokratovská etika
- **Víra ve smysluplnost stáří (omezeného života) je více než sám smysl života ve stáří (s omezením)**

