

Charakteristika geriatrického pacienta.

Doporučený postup předoperační vyšetření pro Praktické lékaře.

MUDr. Milena Bretšnajdrová, Ph.D.

V České republice obecně platí dostupnost služeb pro seniory i ve vysokém věku, včetně operačních řešení v potřebném spektru ať v akutní situaci, tak v plánovaném elektivním výkonu. Je snaha o efektivitu jednotlivých léčebných postupů a intervencí pro starší nemocné i pro nejvyšší věkové skupiny. V geriatrickém pohledu není vždy jednoduché uplatňovat jednoduché řešení u nemocných s komplexní klinickou problematikou, multimorbiditou, polyfarmakoterapií a složitým sociálním zázemím. Demografické prognózy České republiky přináší sice informace o příznivém trendu, že se dožíváme vyššího věku, ne však ve zdraví, ale v nemoci a v disabilitě. S narůstajícím věkem roste i počet nemocí a jejich chronicita. Geriatrický pacient vstupuje do zdravotního systému - téměř do všech lékařských oborů s výjimkou pediatrie. Každý obor má své staré nemocné, které spojuje určitá charakteristika:

Základní, obecná charakteristika geriatrického pacienta:

- věk - biologicky starší nemocný (zvláště nad 75 roků) - polymorbidita - disabilita, funkční limitace - křehkost s poklesem potenciálu zdraví, zdatnosti, odolnosti s poklesem funkčních rezerv - v riziku či existenci geriatrických syndromů - s potřebou - specifického geriatrického režimu (1)

Věk sám o sobě není jednoznačně spojen s výskytem komplikací, spíše jde o vazbu věku na polymorbiditu (2). Do tohoto kontextu vstupuje významně funkční zdatnost seniora, vitalita a naopak křehkost, rizikovost a geriatrické syndromy. Vyšší kalendářní věk, je pouze velmi hrubým orientačním ukazatelem, který nás nabádá ke zvýšené pečlivosti při předoperačním vyšetření. (3) Důležitá je funkční zdatnost a soubor všech fyzických a duševních schopností, ze kterých může senior čerpat. Dominuje nyní koncept zdraví ve stáří, který vychází nejen v důrazu na zvládnání jednotlivých nemocí a diagnóz, ale jedná se o daleko širší souvislosti vnitřní kapacity, funkce lokomoce, soběstačnosti, kognitivní, sensorické a psychické. (4)

Polymorbidita starších nemocných je příčinou složitého rozhodovacího procesu. Pacient v pokročilém věku, zatížený početnou komorbiditou zejména v oblasti kardiopulmonální, zvláště pokud je podroben závažnému urgentnímu výkonu bez možnosti kompenzace komplikujících onemocnění, je v maximální míře ohrožen vlastním výkonem i perioperačními komplikacemi, často bezprostředně život ohrožujícími. Narůstající polymorbidita a chronický průběh chorob s tím souvisí potřeba adekvátní terapie jednotlivých onemocnění a jejich kompenzace a revize často provázející polyfarmakoterapie.

Management farmakoterapie spočívá v „skloubení“ terapie a intervencí doporučených jednotlivými odborníky. Velkým uměním je vytvoření konsenzu „zlaté střední cesty“ a implementace tohoto přístupu zejména u velmi rizikových a fragilních seniorů. Tito pacienti jsou významně ohroženi důsledky nežádoucích účinků. Jedná se o zranitelné pacienty, vyžadující specifický přístup, komplexní multidisciplinární individualizovanou péči. Nedostatečná kompenzace chronických onemocnění vede ve svém důsledku k přímému

ohrožení nemocných na životě v kterékoliv fázi operačního výkonu i přes nejlepší kvalitu operačního týmu. Nejvyšší mortalitní zátěž je podmíněna onemocněním kardiovaskulárního aparátu, nejčastěji hovoříme o „kardiovaskulárním riziku“ (5)

Senioři jsou skupinou s nejpočetnějšími komorbiditami a tedy i množstvím a počtem užívaných léků, tato věková skupina je nejvíce zatížena lékovými interakcemi. Jakákoliv polypragmatie zvyšuje tuto možnost a tedy ohrožuje příznivý průběh anestezie a operačního výkonu. Je důležitý přesný výčet chronické medikace včetně fytofarmak.

Individuální a účelná chronická medikace je zcela zásadní pro nemocného, který je ideálně motivován a podporován k adherenci k léčbě. Farmakoterapie cíleně nastavená a upravovaná dle stavu pacienta je obraným štítem proti nežádoucím důsledkům léčiv a lékovým interakcím. Optimalizace farmakoterapie je cílem všech zdravotníků – lékařů i farmaceutů. Jejich vklad k dosažení tohoto cíle je aplikací jiných expertních znalostí a dovedností, klinickofarmaceutické péče. Záludná bývá souběžná terapie preparáty v kontextu časté souběžné medikace, např. zvýšení krvácivosti u antikoagulovaných pacientů, často navíc se zhoršenou eliminací těchto léčiv. Klinický farmaceut u geriatrických pacientů přináší komplexní hodnocení medikace pacienta, její individualizaci a racionalizaci v kontextu terapeutických cílů lékaře.(6) Jeho doménou je posouzení terapeutické hodnoty léčiv ve specifických situacích. Senior, geriatrický pacient bude stále častějším klientem/pacientem ambulancí, oddělení, klinik, sociálních zařízení. Zásadní je systematická spolupráce napříč obory se záměrem kvalitní péče o seniory – geriatrické pacienty.

Základní je **indikace operační léčby** u starších pacientů, správné posouzení zdravotního celkového stavu a zhodnocení jeho kapacity zvládnutí operační zátěže. Pro geriatrického pacienta je důležitý časový horizont operačního výkonu.(3). Zda vstupuje do zdravotního systému před plánovanou operací, nebo z akutní potřeby operačního řešení.

Každý pacient vyššího věku nad 75 let je považován za nemocného u kterého operace představuje zvlášť pečlivé zvážení potřeby a únosnosti výkonu. Tato fáze je velmi obtížná a vyžaduje značné zkušenosti indikujících a posuzujících lékařů. Schopnost snášet operační zátěž ve vyšším věku je zcela individuální. Vyšší kalendářní věk, jak víme, je pouze velmi hrubým orientačním ukazatelem, který nás spíše nabádá ke zvýšené pečlivosti při předoperačním vyšetření, než aby vypovídal cokoli o biologické kapacitě pacienta. (4)

Geriatrická křehkost – jedná se o výrazný pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability) s úbytkem funkčních rezerv, s nízkou odolností vůči zátěži, akumulací funkčních deficitů. Jedná se o multikauzální syndrom, který je ovlivnitelný a reverzibilní. Bez zavedení adekvátních intervencí se může stát progresivním postižením, které vyúsťuje v imobilizační syndrom, terminální geriatrickou deterioraci.(7) Geriatrická křehkost narůstá s věkem, významně zkracuje délku dožití a je asociována s celým spektrem negativních zdravotních dopadů- vyšší nemocností, vyšším výskytem komplikací v případě akutních onemocnění a pooperačních průběhů a hospitalizací, častější přítomnosti deliria, pádů a fraktur.(8)

K posouzení křehkosti lze využít komplexní geriatrické vyšetření, jehož součástí je hodnocení akutních potíží, chronických chorob ev. orgánové postižení, fyzikální nález, laboratorní vyšetření, funkční stav a výskyt geriatrických syndromů. Nastavení intervencí na zlepšení

kondice seniora. Komplexní geriatrické posouzení vede ke zjišťování a posouzení potřeb pacientů ve všech jeho dimenzích, znalost a identifikace křehkosti a rizikovosti pacienta.(9)

V platnosti je stále klasifikace nemocných před operačním výkonem podle celkového zdravotního stavu (tzv ASA klasifikace), Index kardiálního rizika (Cardiac risk index), Stratifikace pacientů podle Indexu kardiálního rizika.(3)

Gerontologický pacient s DM si zaslouhuje významnou pozornost za účelem aktuální kompenzace. Základní principy terapie diabetu 2. typu se ani ve vyšším věku nemění, mění se priority zejména preventivních prohlídek. (10)

Paušálním měřítkem nesmí být kalendářní věk, ale jak výše již uvedeno skutečný **biologický potenciál** konkrétního jedince. Nedílnou součástí je schopnost a ochota seniora ke spolupráci, důsledná edukace, která je náročná, ale důležitá jako prevence maladaptace na novou situaci, prostředí a riziko rozvoje amentních stavů.

Specifický přístup představuje pečlivou korekci komplikujících onemocnění, rehydrataci, korekci případné malnutrice, udržení dostatečné nutrice a přihlídnutí k fyziologickým změnám spojeným se stárnutím jsou klíčovými momenty předoperační přípravy (2) Hydratace, prevence amentních stavů a kognitivní dysfunkce prevence rozvoje geriatrických syndromů (syndrom imobility, syndrom inkontinence, syndrom kognitivního deficitu...). Geriatrický nemocný není vždy medicínsky snadným pacientem, mnohdy ošetrovatelsky náročný s časovou náročností ke komunikaci navození motivace a adherence k námi doporučeným postupům. Vždy zasluhující úctu a respekt k jeho důstojnosti. Lékař-geriatr má hlubokou znalost problematiky zdravotního a funkčního stavu ve stáří, specifika onemocnění a jejich léčby ve vysokém věku. Je často na pomezí akutních oborů a následné péče s vědomím, že akutní péče je významná, ale svou důležitost má i rehabilitace a následná péče o seniory, která je vrací zpět do života k soběstačnosti. Dobrá předoperační příprava, dobrý vstupní potenciál a vitalita překoná snadněji operační výkon a zkrátí i rekonvalescenci. Rehabilitace musí být časná, úměrně intenzivní a individualizovaná s přihlídnutím k aktuální zdravotní kondici seniora.

Literatura:

1. Weber P. Vnitřní lékařství, 51.2015,č2,s.123-130.
2. Skalická H. a kol. Předoperační vyšetření, návody pro praxi. Grada publishing , a.s.2007 ISBN 978-80-247-1079-2
3. Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén. Praha.2005, ISBN 80-7262-365-6
4. Macháčová K. Holmerová I. Aktivní gerontologie aneb jak stárnout dobře.Mladá fronta a.s. 2019. ISBN 978-80204-5489-8 (MF)
5. Rovenský J et al. Gerontorevmatologie.Galen. Praha 2014, ISBN978-80-7492-147-6
6. Gregorová J., Langmaierová K.: Klinická farmacie, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Ruská 85, Praha 10 v rámci projektu: Specializační vzdělávání klinických farmaceutů.
7. KalvachZ, Čeledová I, Holmerová I a kol. Křehký pacient a primární péče. Grada Publishing a.s. 2011, ISBN 978-80-247-4026-3.

8. Vaňková, Topinková E, Bielakova, Weber P, Jurašková B. Vyhodnocení syndromu křehkosti, frailty, u geriatrického pacienta. Klinický doporučený postup výboru České gerontologické a geriatrické společnosti. 2023.
9. Dostálová V, Bártová A, Bláhová H, Holmerová I. Potřeby starších vulnerabilních lidí v domácí a nemocniční péči (před vydáním).
10. Kvapil M. Diabetologie 2021, TRITON 2021, ISBN 978-80-7553-978-6.