


Całościowa ocena geriatryczna pacjenta – narzędzie przydatne w codziennej praktyce

Katarzyna Wysocka

Całościowa ocena geriatryczna (COG) to proces diagnostyczny, którego celem jest stworzenie pełnego planu terapii i długoterminowej opieki nad pacjentem geriatrycznym. Pozwala nie tylko ustalić rozpoznanie, lecz także optymalizować proces leczenia i zabezpieczyć potrzeby pacjenta. Na czym polega COG i jak z niej korzystać w codziennej praktyce, mówi dr n. med. Janina Kokoszka-Paszkot z Oddziału Geriatrii Szpitala Specjalistycznego im. H. Klimontowicza w Gorlicach.

Dane demograficzne GUS pokazują, że obecnie pacjenci powyżej 65. roku życia to niemal 15 proc. polskiej populacji. Prognozy są mało optymistyczne. W 2030 r. takich pacjentów będzie już 23,5 proc. Z danych Eurostatu wynika zaś, że w 2060 r. polskie społeczeństwo będzie jednym z najstarszych w Unii Europejskiej. Osób powyżej 65. roku życia będzie w Polsce wówczas 34,5 proc., a starsze od nas będą wyłącznie Łotwa i Rumunia. – Dlatego w naszych gabinetach będzie przybywało pacjentów w wieku starszym, podeszłym i sędziwym – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot. – Zgodnie z definicją sekcji geriatrycznej Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego pacjent geriatryczny to osoba w wieku powyżej 70 lat z typową wielochorobowością oraz każda osoba w wieku 80 lat i starsza. Dlaczego? W tej grupie pacjentów szczegól-



Rekomendacje PTA i PTMR dla tiaprydu lek I-go rzutu w leczeniu zaburzeń zachowania w otępieniu

Tabela 1. Względne ryzyko występowania działań niepożądanych

	PRONAZyna	HALOPERIDOL	OLANzapina	RISPERIDON	KWETIAPINA	TIAPRYD
Działanie cholinolityczne	Orange	Green	Yellow	Green	Yellow	Green
Orostatyczne spadki ciśnienia	Orange	Green	Yellow	Green	Yellow	Green
Efekty metaboliczne	Orange	Green	Yellow	Green	Yellow	Green
Objawy pozapiramidowe	Orange	Green	Yellow	Green	Yellow	Green
Nadmierna sedacja	Orange	Green	Yellow	Green	Yellow	Green
Ryzyko drgawek	Orange	Green	Yellow	Green	Yellow	Green

Legenda: Czerwony – wysoki ryzyko, Żółty – umiarkowane ryzyko, Zielony – niskie ryzyko.
Należy pamiętać, że ryzyko wystąpienia danego działania niepożądanego jest zawsze indywidualne i zależy od wielu czynników: między innymi stanu klinicznego pacjenta, szybkości wprowadzania leku, stosowanych dawek (w większej osłonie dawkę tym większe ryzyko wystąpienia działania niepożądanego), potencjalnych interakcji z innymi lekami.

1. Allan M, et al., *Psychopharmacology* (2009) 148: 363-366.
2. Pogue M, et al., *Encephalopatia*, 1998 Sep-Oct; 24(5):442-8.
3. Szafaricki T., *WYDANIE SPECJALNE 2 / 2*, *Styczeń 2019* PSYCHIATRIA ROK 7, zeszyt 2, 2019

Tiapryd

Bezpieczeństwo

- Wysoka selektywność receptorowa – minimalne ryzyko objawów pozapiramidowych
- Działanie antydopaminergiczne bez działania sedatywnego
- Brak metabolizmu wątrobowego
- Brak wpływu na funkcje poznawcze

Skuteczność kliniczna tiaprydu co najmniej, taka sama jak:
Haloperidolu¹
Benzodiazepin²
Chlorpromazyne³

nie boimy się wystąpienia szeregu powikłań, a jeżeli dojdzie do ostrej choroby, również efektu domina, kiedy jedno niekorzystne zdarzenie może prowokować wystąpienie kolejnych, łącznie z utratą autonomii, sprawności, instytucjonalizacją pacjenta, a czasami nawet ze śmiercią – wyjaśnia dr Janina Kokoszka-Paszkot.

Całościowa ocena geriatryczna to interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony przez lekarza w celu identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy funkcjonowania oraz jakości życia pacjenta. Pozwala ocenić stan zdrowia w aspekcie wielochorobowości i wielolekowości, ocenić funkcje poznawcze i ustalić możliwość samodzielnej egzystencji. Pozwala wreszcie określić potrzeby pacjenta co do zakresu opieki i zaopatrzenia w sprzęt pomocniczy – okulary, aparat słuchowy, łaskę, balkonik, wózek.

– W gabinecie geriatry w zasadzie jest to wszystko, co w każdym innym gabinecie: waga z wzrostomierzem, stoper, aparat do pomiaru ciśnienia, dynamometr. Niektórzy pacjenci przynoszą też wyniki badań, które wykonali indywidualnie. Bardzo ważny jest wywiad lekarski – im dokładniejszy, tym więcej wnoszący do rozpoznania. Spotykając się z pacjentem, możemy ocenić widzenie, słuch, przyjrzeć się, w jaki sposób wchodzi do gabinetu, ocenić ryzyko upadku – wylicza dr Janina Kokoszka-Paszkot.

Całościowa ocena geriatryczna obejmuje również badanie fizykalne poszerzone

”

dr Janina Kokoszka-Paszkot: Warto pamiętać, że pacjent geriatryczny to bardzo często spirala chorób i terapii. To wielochorobowość, której efektem jest wielolekowość. Charakterystyczna jest nietypowa symptomatologia

o elementy oceny neurologicznej, badanie hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę widzenia i słuchu, ocenę chodu, równowagi, ryzyka upadków, funkcji emocjonalnych i funkcji poznawczych.

Do oceny pacjenta w ramach COG wykorzystywane są skale. – Najważniejsza jest skala Katza oceniająca podstawowe czynności życia codziennego, które pacjent wykonuje samodzielnie i przy których wymaga pomocy innej osoby. Pokazuje ona, czy pacjent jest w stanie sam funkcjonować w zakresie podstawowym – kąpiel całego ciała, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z WC, przemieszczanie się z łóżka na fotel, spożywanie posiłków i kontrolowanie zwieraczy – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot.

Z kolei skala Lawtona pozwala ocenić zdolność wykonywania czynności życia codziennego, takich jak użycie telefonu, zakupy, przygotowanie posiłków, codzienne porządki, pranie. – Skala ta pokazuje, czy pacjent będzie w stanie samodzielnie korzy-

stać z pewnych terapii, np. z insulinoterapii, ocenia bowiem tzw. wyższe czynności, takie jak korzystanie z telefonu, co może być równoznaczne z użyciem glukometru, czy rozporządzanie swoimi pieniędzmi, które można porównać do prowadzenia dzienniczka samokontroli. Wymagając od pacjenta, by prowadził samokontrolę, musimy mieć pewność, że będzie w stanie to robić. Jeżeli nie umie skorzystać z telefonu czy nie rozporządza własnymi pieniędzmi, to może mieć problem z niektórymi modelami terapii, które mu zaproponujemy – zwraca uwagę dr Janina Kokoszka-Paszkot.

Jednym z ważniejszych testów jest test rysowania zegara. – Zadanie pacjenta polega na wpisaniu cyfry z tarczy zegara na narysowany wcześniej okrąg. Sposób wykonania tego testu pokazuje, czy i w jakim stopniu pacjent ma zaburzone funkcje poznawcze. Pozornie sprawna fizycznie osoba może bowiem mieć zaburzoną sprawność intelektualną i poznawczą. To daje powód, by poszerzyć diagnostykę o neuroobrazowanie i przyjrzeć się, czy pacjent nie ma zaburzeń funkcji poznawczych w przebiegu rozpoczynającego się otępienia – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot.

– Warto pamiętać, że pacjent geriatryczny to bardzo często spirala chorób i terapii. To wielochorobowość, której efektem jest wielolekowość. Charakterystyczna jest nietypowa symptomatologia. Bardzo często mamy pacjentów, którzy są septyczni, a nie gorączkują albo mają szereg jednostek chorobowych, które nakładają się na siebie, stąd

GERIATRIA

► problemy z ustaleniem właściwego rozpoznania. Bardzo istotne jest też to, że pacjenci geriatryczni mają tzw. zespół Goździkowej, czyli „niech mi powie sąsiadka, co mam zrobić, bo coś mi się dzieje”. W efekcie nadużywają leków i suplementów spoza ordynacji lekarskiej. Nie wiemy więc, co przyjmują, a potem się dziwimy, że mamy działania niepożądane leków lub dziwną interakcję lek-lek czy lek-choroba – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot.

– Pacjent geriatryczny jest więc istną układanką à la puzzle różnych jednostek chorobowych, czasami z brakującym elementem. Bardzo często do gabinetu trafia osoba z nadciśnieniem, mamy świadomość, że występuje u niej cukrzyca i zespół metaboliczny – mamy to zdiagnozowane i leczymy te jednostki chorobowe. Jednocześnie wykonujemy USG i widzimy, że jest stłuszczenie wątroby, w badaniach dodatkowych podwyższony poziom ALT, delikatna otyłość. Zastanawiamy się, czy to już wszystko, czy coś nas jeszcze może zaskoczyć – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot. – A gdy te puzzle poskładamy w całość, często takim brakującym elementem okazuje się niealkoholowe stłuszczenie wątroby, cięgieł zbytnie rzadko rozpoznawane w populacji 60 plus – dodaje. Przy dobrze postawionej diagnozie i niezwłocznym wdrożeniu odpowiedniego leczenia, w którym w populacji geriatrycznej wykorzystuje się obecnie kwas ursodeoksycholowy (UDCA), efekty będą widoczne szybko. – Doniesienia o skuteczności UDCA w populacji geriatrycznej pokazują, że w obserwacji półrocznej mamy przede wszystkim redukcję aktywności enzymów wątrobowych, redukcję stężenia glukozy w surowicy krwi oraz redukcję stężenia cholesterolu całkowitego. W badaniu USG widać natomiast zmniejszenie stłuszczenia wątroby – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot.

Gdy do gabinetu lekarza rodzinnego trafia pacjent geriatryczny, trzeba go zapytać nie tylko o wyniki badań, w tym z konsultacji prywatnych, i o karty informacyjne ze szpitala. Istotne są też aktualnie stosowane leki, również dostępne bez recepty i przyjmo-



wane na własną rękę oraz zlecone przez innego specjalistę. Ważną kwestią jest to, czy potrzebuje okularów, aparatu słuchowego, protezy zębowej, czy korzysta ze sprzętów pomocniczych.

– Pacjentom, którym chcemy w ramach terapii zalecić większą aktywność, polecam wykonanie testu „wstań i idź” – TUG, który pozwala ocenić chód i sprawność funkcjonalną. Jest bardzo prosty: polega na ocenie, w jakim tempie pacjent jest w stanie pokonać dystans 6 metrów. Jeśli zajmie to mniej niż 10 sekund, pacjent jest sprawny, jeśli więcej niż 30 sekund, mamy do czynienia ze znacznie ograniczoną sprawnością funkcjonalną. Czas powyżej 14 sekund wskazuje na duże ryzyko upadku – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot.

Ważna jest ocena stanu odżywienia oraz samopoczucia, tzw. test oceny nastroju. Przydatnym narzędziem jest także indeks oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg Barthel. W tym teście maksymalna liczba punktów to 100, im jest ich mniej, tym gorsza sprawność. Wynik 40 pkt w skali Barthel to warunek kwalifikacji do zakładu opiekuńczo-leczniczego. Do gabinetu lekarzy rodzinnych często trafiają pacjenci zdradzający oznaki otępienia.

” dr Janina Kokoszka-Paszkot: Pacjent geriatryczny jest więc istną układanką à la puzzle różnych jednostek chorobowych, czasami z brakującym elementem. Bardzo często do gabinetu trafia osoba z nadciśnieniem, mamy świadomość, że występuje u niej cukrzyca i zespół metaboliczny – mamy to zdiagnozowane i leczymy te jednostki chorobowe

– Jeśli podejrzewamy u pacjenta otępienie, to musimy jako praktycy pamiętać, że bardzo często mamy do czynienia z otępieniem, na które może nakładać się majaczenie – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot. – To, że u pacjenta występują zaburzenia koncentracji uwagi, niespójne myślenie, może pokazać nam kolejne narzędzie – skala Confusion Assessment Method umożliwiającą ocenę majaczenia – dodaje.

O splątaniu, majaczeniu można mówić, jeśli zostaną spełnione wszystkie trzy warunki: 1) ostry początek, fluktuujący przebieg, 2) brak koncentracji uwagi, rozproszenie, 3) zdeorganizowane niespójne myślenie lub zmieniony poziom świadomości – nadmierne pobudzenie, czujność albo letarg, ospałość, stupor. Warto pamiętać, że splątanie, majaczenie może wynikać z zespołu otępiennego, ale na ten zespół może nakładać się również

majaczenie związane ze stanem ostrym, np. zapaleniem płuc, zapaleniem pęcherzyka żółciowego czy pęcherza moczowego. Taki pacjent może być pobudzony, błędzący, czasem agresywny, z halucynacjami, urojeniami, zmiennym nastrojem.

– Leki, które dotychczas stosowano w takich sytuacjach, takie jak haloperidol, promazyna i inne klasyczne neuroleptyki, benzodiazepiny czy hydroksyzyna, są mało skuteczne i niebezpieczne. Hydroksyzyna zwiększa ryzyko nadmiernej sedacji, senności oraz pogorszenia funkcji poznawczych, a także zależne od dawki ryzyko wydłużenia odcinka QTc. W niskich dawkach jest potencjalnie przydatna do objawowego leczenia zaburzeń zasypiania, jednak jako geriatra nie stosuję tego leku – mówi dr Janina Kokoszka-Paszkot. – Dobre badania ma kwetiapina, jednak jest to lek zarezerwowany dla psychiatrów. Ma też szereg działań ubocznych – znosi działanie leków prokognitywnych, zwiększa ryzyko upadków, których się w geriatryi bardzo boimy, nie ma też zarejestrowanego wskazania do leczenia zaburzeń zachowania u osób starszych – dodaje.

– Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej są w tej chwili dość jednoznaczne – lekiem pierwszego rzutu w leczeniu zaburzeń zachowania w otępieniu jest tiapryd ze względu na bezpieczeństwo i skuteczność kliniczną. To lek z odpowiednią rejestracją, bezpieczny, daje minimalne ryzyko objawów pozapiramidowych, zapewnia działanie antydopaminergiczne bez działania sedatywnego, nie ma wpływu na funkcje poznawcze, a skuteczność kliniczna jest co najmniej taka sama jak haloperidolu, benzodiazepin czy chlorpromazyny – stwierdza dr Janina Kokoszka-Paszkot.

Ocena skuteczności UDCA w obserwacji 6 miesięcznej u pacjentów w wieku podeszłym ze zdiagnozowanym w przebiegu zespołu metabolicznego - NAFLD lub NASH

W grupie UDCA:

- redukcja aktywności ALT, GGTP, AST w stosunku do grupy stosującej tylko zalecenia dietetyczne ($p = 0,001$)
- redukcja poziomu stężenia glukozy w surowicy krwi oraz w redukcja stężenia cholesterolu całkowitego ($p < 0,001$ i $p < 0,01$)
- redukcja stłuszczenia wątroby w badaniu USG
- wykazano, że leczenie NAFLD z użyciem UDCA znacząco łagodzi objawy związane z przebiegiem przewlekłych chorób wątroby w tym NAFLD

UDCA - właściwości anytyksoydacyjne, przeciwzapalne, immunomodulujące i antyapoptotyczne

hamujące działanie na postępujące uszkodzenie wątroby

właściwości hamujące włóknienie wątroby

Clin Ther 2013; 164 (3): 203-207.