01 listopada 2020

INTERPRETACJA OBJAWÓW ISTOTNYCH DLA PIELĘGNACJI CHORYCH W STARSZYM WIEKU

Diagnozowanie patologii w wieku podeszłym często jest trudne i wymaga z jednej strony znajomości konsekwencji procesu starzenia, a z drugiej strony wiedzy na temat mechanizmów (patofizjologii), objawów (symptomatologii) chorób wieku podeszłego, które są mało charakterystyczne i często zupełnie odmienne niż u osób młodszych. Interpretacja objawów jest wyzwaniem dla zespołu terapeutycznego oraz opiekunów formalnych i nieformalnych/rodzinnych.

Błędy diagnostyczne i terapeutyczne, deficyty sprzętu ortopedycznego oraz zaniedbania opiekuńcze zdarzają się najczęściej w grupie osób najstarszych. Dlatego ważne jest odróżnienie nieodwracalnych problemów zdrowotnych od odwracalnych, czyli tych, których ograniczenie lub wyeliminowanie zatrzyma postęp niesprawności i podniesie jakość życia starszej osoby.

W podeszłym wieku pojawia się inna narządowa specyfika chorób, które dodatkowo mają słabszą lub zgoła inną manifestację kliniczną, m.in. ze względu na zmiany zachodzące w miarę upływu lat życia w komórkach i tkankach. **Dla przykładu neuropatia cukrzycowa** oznacza zmniejszenie odczuwania bólu u osób z cukrzycą. Nie dzieje się tak u wszystkich osób, ale ten stan dotyczy dużej ich części. U osób z cukrzycą zawał może przebiegać bezobjawowo, co utrudnia zdecydowanie rozpoznanie oraz opóźnia sprawne leczenie. Objawy w przypadku zawału serca u osób z cukrzycą zależą od stadium choroby oraz stosowanego leczenia. W przypadku zawału podopieczny z cukrzycą może w ogóle nie czuć bólu. W związku z tym zawał serca bywa nie rozpoznany do momentu przeprowadzenia rutynowych badań lekarskich, w tym EKG. Czasem jednak mogą występować nieswoiste objawy – lęk, osłabienie, dyskomfort w obrębie pleców, szyi, ramion czy brzucha. Również zawroty głowy czy nudności wymagają różnicowania u osób z cukrzycą. Tak jak w przypadku osób o normalnych wartościach glikemii, duszność i pocenie się mogą być najlepiej identyfikującymi zawał serca objawami. Poza tym z wiekiem pojawiają się problemy zdrowotne rzadko występujące u osób młodszych. W przypadku chorób przewlekłych przewodu pokarmowego może występować u osób starszych nietolerancja laktozy, powodująca biegunki po spożyciu mleka (jednak nie po jogurcie i białym serze), a w przypadku układu ruchu – choroba zwyrodnieniowa czy osteoporoza.

Informacją, którą nie wolno bagatelizować przy analizie stanu zdrowia starszych pacjentów, jest uzyskanie danych o stosowanych lekach w domu (także tych kupowanych w aptece bez recepty), stopniu samodzielności, sprawności funkcjonalnej, poznawczej i emocjonalnej wg wystandaryzowanych skal, np. ADL, IADL, MMSE, gdyż wynik badania rzutuje na wymagany zakres

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

opieki. Ważna jest ocena relacji chorego z rodziną, opiekunami. Istotnymi elementami badania chorego, o których warto pamiętać, zwłaszcza przy pierwszym kontakcie, są:

- **próba picia wody**, która pokazuje umiejętność samodzielnego utrzymania naczynia, ujawnia zaburzenia połykania, wskazuje czy osoba wymaga karmienia.
- **próba ortostatyczna** (dwukrotny pomiar ciśnienia – pierwszy po 10-15 minutach leżenia i drugi 1-3 minuty po wstaniu), która wyklucza hipotonię ortostatyczną i bradykardię <50 uderzeń na minutę. Hipotonia ortostatyczna, to obniżenie ciśnienia tętniczego krwi po pionizacji o co najmniej 20 mmHg w przypadku ciśnienia skurczowego lub 10 mmHg w przypadku ciśnienia rozkurczowego. Hipotonię ortostatyczną należy podejrzewać u pacjenta, u którego pionizacja wywołuje zawroty głowy, zaburzenia równowagi, zaburzenia widzenia (gwiazdki, mroczki, niedowidzenie), upadki, omdlenia. Objawy są krótkotrwałe, ustępują kilka minut po pionizacji. Pamiętać należy, że część pacjentów ma bezobjawowe spadki ciśnienia po wstaniu. Zwiększone ryzyko hipotonii towarzyszy odwodnieniu, wysokiej temperaturze otoczenia, gorącej kąpieli, znacznemu wysiłkowi fizycznemu, wstaniu po dłuższym unieruchomieniu, po obfitym posiłku. Do chorób zwiększających ryzyko hipotonii, które są częste u osób starszych, należą: miażdżyca, nadciśnienie, cukrzyca, choroba Parkinsona, niewydolność krążenia, duże żylaki podudzi. Hipotonia często spowodowana jest lekami: hipotensyjnymi, hipoglikemicznymi, przeciwparkinsonowskimi, antyarytmicznymi, przeciwdepresyjnymi, neuroleptykami, nitratami.
- **ocena długości kończyn dolnych w pozycji leżącej**, np. skrócenie przy złamaniach, zaawansowanych zmianach zwyrodnieniowych wymaga oceny lekarskiej, wykonania badania RTG, dobrania sprzętu ortopedycznego: balkonik, orteza, wkładka korygująca do obuwia.
- **ocena skóry i błon śluzowych**, ze zwróceniem szczególnej uwagi na miejsca podatne na odleżyny, infekcje, wyprzenia (okolica krzyżowa, krętarze, potylica, pięty, pachwiny, odbyt, narządy płciowe, pępek, pachy, okolice podsutkowe, międzypalcowe, skóra głowy, spojówki oczu, jama ustna i język). Dobrze jest te zmiany sfotografować. Sińce na skórze mogą być objawem upadku, skaz krwotocznych, w tym polekowych, np. po NLP (niesteroidowych lekach przeciwzapalnych), jak i przemocy w rodzinie.
- **ocena stóp**, osoby sprawne najczęściej samodzielnie potrafią zadbać o swoje paznokcie. Duże przyrosty płytki paznokciowej, stany zapalne wiążą się z małą samodzielnością, nierozpoznaniem dolegliwości i mogą być przyczyną trudności w poruszaniu się.
- **ocena rodzaju chodu**, jego ograniczenia i rodzaj używanego obuwia. **Chód koszący**, określa stan, w którym pacjent ma wyprostowaną kończynę dolną w stawie kolanowym. W trakcie chodu zatacza zajętą nogą półkola, co przypomina ruch kosy podczas koszenia siana. Towarzyszy temu zwykle zgięcie przedramienia w stawie łokciowym. Chód koszący pojawia się w przypadku porażenia połowiczego, którego przyczyną może być np. przebycie udaru mózgu. **Chód koguci (brodzący)**, dochodzi do niego na skutek porażenia mięśni prostowników stopy i

palców (np. na skutek uszkodzenia nerwu strzałkowego). U pacjentów zauważalne jest opadanie stopy, a oprócz tego w chodzie kogucim pacjenci wysoko unoszą swoje kończyny dolne. **Chód tylnosznurowy (ataktyczny)**, polega na tym, że pacjent stąpa bardzo niepewnie, a jego kroki są wyjątkowo nierówne. Charakterystyczne dla tego typu zaburzeń chodu jest to, że pacjent stara się patrzeć na swoje nogi podczas chodzenia – związane jest to z tym, że doświadcza zaburzeń czucia proprioceptywnego, przez które nie ma świadomości o położeniu swoich kończyn. Pacjent może również mieć trudności z tym, aby przy zamkniętych oczach utrzymać postawę stojącą ze złączonymi stopami. **Chód móżdżkowy (marynarski)**, chwiejne chodzenie z szeroko rozstawionymi kończynami dolnymi. Doprowadzają do niego zaburzenia dotyczące móżdżku (np. nowotwory tej struktury). **Chód parkinsonowski (hipokinetyczny)**, spotykany jest u osób z chorobą Parkinsona. Pacjent podczas przemieszczania się ma pochyloną sylwetkę, kończyny górne (inaczej niż u osoby zdrowej) nie balansują podczas chodzenia. Pacjent przemieszcza się bardzo powoli i drobnymi krokami, ma trudności z zapoczątkowaniem ruchu kończynami dolnymi i duże ryzyko występowania upadków. **Chód kaczkowaty**, chory wyraźnie chwieje się na boki, kiedy dochodzi do zaburzeń czynności mięśni obręczy biodrowej, takich jak zwichnięcie stawów biodrowych czy dystrofia mięśniowa. **Chód nożycowy,** podczas chodzenia pacjent mimowolnie krzyżuje swoje kończyny. Powodem występowania chodu nożycowego jest mózgowe porażenie dziecięce.

- **ocena percepcji słuchowej i wzrokowej**, poprzez próbę czytania, słyszalności.
- **ocena sprawności ruchowej**, w teście „wstań i idź”, osoba badana proszona jest o wstanie z krzesła, obrót po przejściu 3 metrów do przodu i powrót, z siadem na krześle. Badany, który ten test wykonuje w czasie powyżej 14 sekund, jest zagrożony niesprawnością ruchową i upadkiem.
- **ocena niepokoju, ew. delirium** (majaczenie - jakościowe zaburzenia świadomości, zespół zaburzeń psychicznych na podłożu organicznych zmian w mózgu, o ostrym przebiegu, z globalnym upośledzeniem czynności poznawczych, potencjalnie odwracalny, trwający względnie krótko, zwykle kilka-kilkanaście dni), które może wywołać banalna przyczyna, jak: założenie cewnika do pęcherza moczowego, podanie dożylne płynów (zbyt szybkie lub o zbyt niskiej temperaturze), zmiana miejsca pobytu (umieszczenie osoby z otępieniem w szpitalu). Często przyczyną majaczenia u osób starszych są leki: psychotropowe, przeciwdepresyjne, benzodiazepiny stosowane przez seniorów jako nasenne i uspokajające, moczopędne, przeciwuczuleniowe, przeciwwymiotne, przeciwparkinsonowskie, przeciwpadaczkowe, przeciwnadciśnieniowe, przeciwbólowe (zwłaszcza narkotyczne), digoksyna, steroidy. Delirium ma swój początek w zaburzeniu somatycznym, którego skutkiem jest dysfunkcja mózgu, wynikająca z działania toksyn lub zmian metabolicznych. Przyczyną może być praktycznie każda choroba czy zjawisko zakłócające równowagę organizmu starego człowieka, jak zakażenie układu oddechowego, moczowego, pokarmowego, niewydolność wątroby, nerek, cukrzyca, choroby tarczycy, udar mózgu, zawał serca, odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe,

zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, niedożywienie, choroby zwyrodnieniowe mózgu, zatrucia alkoholem i substancjami psychoaktywnymi, urazy, zabiegi chirurgiczne. Początkowo delirium towarzyszy lęk, bezsenność, chwiejność emocjonalna, zmęczenie, zaburzenie zapamiętywania poleceń. W rozwiniętym majaczeniu dominują: dezorientacja allo- i autopsychiczna, omamy, głównie wzrokowe. Częste są urojenia prześladowcze, pojawiają się pobudzenie ruchowe, zaburzenia krytycyzmu. W przypadkach najcięższych, chory traci kontakt z otoczeniem, mowa jego staje się zamazana, niewyraźna, dochodzi do śpiączki i zgonu. Często dzięki odpowiedniemu leczeniu objawy stopniowo ustępują i świadomość przejaśnia się.

- **ocena nawodnienia, stężenia elektrolitów w surowicy i glikemii**.
- **ocena temperatury, wykluczenie zaparć**.
- **analiza leków wykluczonych w ostatnim czasie** – z grup, które mogą dać objawy z odstawienia (benzodiazepiny, leki nasenne, steroidy).
- **ocena występowania bólu** przy palpacyjnym badaniu brzucha, obmacywaniu kości podatnych na złamanie.
- **ocena obecności zmian zakrzepowo-zapalnych** w naczyniach kończyn.

Pacjent w wieku podeszłym ma kilka schorzeń (**wielochorobowość, polipatologia**), w leczeniu których wykorzystuje się kilka leków jednocześnie (**wielolekowość, polipragmazja**). Schorzenia w tym wieku, oprócz nietypowo manifestowanych objawów, charakteryzuje **efekt domina, kaskady, cyklu objawów**. Przykład domina: w warunkach gorszenia ukrwienia (niewydolność serca) łatwo o zaburzenia funkcji poznawczych (pogorszenie ukrwienia ośrodkowego układu nerwowego) czy gorszą czynność nerek (niewydolność nerek). W przebiegu infekcji dróg moczowych u pacjenta z otępieniem może wystąpić delirium. Zaawansowana choroba zwyrodnieniowa stawów może maskować objawy choroby niedokrwiennej (pacjent nie jest w stanie wykonać wysiłku potrzebnego do zwiększenia obciążenia serca). Przykład kaskady: bezsenność, przyjmowanie leków z grupy benzodiazepin, np. nitrazepam (często ich dawki pacjenci zwiększają bez wiedzy lekarza), jako objaw uboczny po tych lekach mogą wystąpić (w związku ze spowolnieniem ich metabolizmu w przypadku przyjmowania dużych dawek istnieje ryzyko kumulacji zwiększające efekty uboczne): pogorszenie koordynacji psychoruchowej, spadek napięcia mięśni, co może prowadzić do upadków, złamań, nieprawidłowości funkcjonalnych. Przykład cyklu objawów: utrudnione poruszanie się po udarze mózgu, w wyniku niedowładów kończyn, prowadzi do niemożności opuszczania domu, ograniczenia kontaktów, depresji i niechęci do rehabilitacji.

Źródło:

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT