

V kardiologii, stejně jako ostatních oborech medicíny, se hlavním tématem stává polymorbidita. A na její platformě zase klíčovou otázkou schopnost multidisciplinárního pohledu, se zaměřením na kvalitu života a dobré zhodnocení potenciálu nemocného. Zvláště u seniorů, nebo závažně polymorbidních mladších nemocných, musí být tento aspekt tématem jakékoli klinické aktivity.

Z mého pohledu několik poznámek k tomuto tématu může pomoci i v oblasti „křehké“ kardiologie.

Prim. MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.

INDIKÁTORY ZDRAVOTNÍHO POTENCIÁLU A PROGNÓZY

Pan Jan je 81letý muž, hospitalizovaný na interním oddělení pro pokročilé srdeční selhání, je přivezen RZP pro dušnost. Dosud byl soběstačný a doma zvládal domácnost. V průběhu druhého dne hospitalizace se u něj rozvine těžká ischemická ložisková mozková příhoda, s globální fatickou poruchou a levostrannou hemiplegií. Pacient znovu začne selhávat kardiálně, následně dochází ke zhoršení renálních funkcí a je otřevřena otázka dialýzy. Pacient určil již před rokem svým zdravotním zástupcem syna. Ten si přeje nyní od lékařů odpověď na dvě základní otázky: Má otec šanci se plně uzdravit z mozkové příhody? Jste schopni zcela stabilizovat funkce srdce a ledvin?

V lékařském týmu proběhne během odpoledne diskuse, zdravotníci jsou otázkami překvapeni, především zazní otázka: „K čemu mu toto diskutování bude? Vždyť je vše jasné.“ Syn pacienta přichází za primářem oddělení později odpoledne a vysvětlí: „Otec si nikdy nepřál být závislý na péči druhých, cítil se nyní po smrti matky osamělý a často mluvil o tom, že jeho život má cenu, jen dokud ještě může být s vnoučaty.“

Rozhodování je uzavřeno, tým a rodina se dohodnou na konzervativním postupu, je zavedena paliativní péče, režim DNR, DNI, vše je pečlivě dokumentováno. Rodina doprovází pacienta v následujících dvou týdnech, zpočátku má pacient parenterální výživu, po dvou dnech je odstavena – objemově ji netoleruje, poté jen hydratace, nakonec dojde k rozhodnutí přesunu na paliativní jednotku LDN stejné nemocnice. Pacient tam umírá za dva týdny, doprovázen rodinou, s plnou ošetrovatelskou péčí a podporou psychologa a týmu rodině. Dostačuje kontrola symptomů diuretiky, subkutánní hydratací a fentanylem v systému TDS (trasdermální náplastový systém).

Prognózování, jak se setkávám v praxi, je někdy lékaři shledáváno „nejistým“ hazardem nad psychikou nemocného, „necítí dostatek znalostí, zkušeností či odpovědnosti“ tuto zásadní oblast péče definovat a s pacientem a jeho blízkými otevírat. Přitom se jedná o klíčový prvek zdravotnických intervencí.

Významným tématem medicíny vyššího věku (70 let a více) za posledních 10 let celosvětově je multimorbidita. Výrazně se zvyšuje incidence chronických orgánových selhání (často 2–3 v kombinaci u jednoho nemocného) a tím i potřebnost zvažování smyslu a efektivity život udržujících postupů (typickým příkladem je dialýza, srdeční podpůrné prostředky a metody, například ICD – implantabilní kardioverter-defibrilátor a další).

Diskuse nad vhodným plánem péče o polymorbidního geriatrického pacienta by měla zahrnovat ukazatele kognitivního stavu, výživy, stavu základních onemocnění, mobility, úvahy o možnosti ovlivnit tyto aspekty a indikátory. Prognózování je nezbytné jak z hlediska efektivity zdravotní péče, tak z pohledu nemocného a kvality jeho života s nemocí. A obzvláště je významné, pokud nám z diskuse nad potenciálem pacienta vychází jen minimální pravděpodobnost zlepšení stavu, či dokonce vidíme riziko přechodu do závěrečné fáze života.

- Prognózování se skládá ze dvou fází: **stanovení fáze onemocnění a pravděpodobného vývoje ve dnech, týdnech až měsících s týmem + následná komunikace těchto informací s pacientem a jeho relevantními blízkými a pečlivá dokumentace**
- Nikdy neurčujeme přesný vývoj, ten prakticky ani nemůžeme znát – hovoříme o **prognóze časové** (*onemocnění se bude vyvíjet v hodinách, dnech, týdnech, měsících*) a **klinické** (*onemocnění bude způsobovat tyto obtíže, my jej můžeme ovlivnit takto, takto můžeme působit na kvalitu života, co je pro vás, pacienta, rodinu, důležité?*).
- **Význam prognózování:** pacienti a jejich blízcí velmi často staví své rozhodování na předpokládané prognóze, a to nejen stran léčby, ale také stran životních priorit. Taková informace je také významná pro zdravotnické profesionály při plánování péče, prognózování umožňuje adekvátní plánování podpůrných služeb.
- **Bez stanovení diagnózy a otevřeného informování pacienta o jejích aspektech nelze nastavit adekvátní plán péče. Tento proces je mandatorní pro lege artis provozování zdravotní péče.**
- **Sdělení prognózy pacientovi nabídneme – je na něm, jak se rozhodne.** Je samozřejmé, že kognitivní stav pacienta má na tento proces také vliv, nicméně v případě, že si nejsme jisti kapacitou nemocného, je třeba oslovit jeho relevantní blízké.
- **Pacienti většinou chtějí znát svou další prognózu nezávisle na tom, zda je dobrá či špatná,** prospektivní studie ukázaly, že díky znalosti prognózy se zároveň zlepšuje kvalita života – nejen pacientů, ale i jejich blízkých (Christakis, 1999; Steinhauser et al., 2000).

- V rámci syndromu geriatrické křehkosti řada studií ukazuje, že úroveň funkčního poklesu při například akutní infekci je silným prediktivním faktorem mortality (Baztán et al., 2009; Sleiman et al., 2009).

Paliativní péče v geriatrii neznamena odstoupení od užitečných kurativních postupů.

Indikace paliativní péče je rozhodnutím, že nemocný vstoupil do závěrečné fáze svých onemocnění, kdy potřebuje specifickou podporu, zvažování užitečnosti vyšetření a léčby, společné plánování péče se zdravotníky, prostor k výběru „svého stylu života s nemocí ve vymezených mantinelech choroby“.

V praxi považují za velmi důležité sledovat pro adekvátní prognózování a plánování péče následující skupinu indikátorů.

Indikátor č. 1 – Fyzické obtíže

Indikátorem k rozvaze o potřebě paliativní péče a přechodu do terminální fáze jsou již rozvinutý imobilizační syndrom, nízká svalová síla, symptomová zátěž v ESAS nad 40, kterou nelze adekvátně ovlivnit (těžká únava, minimální příjem stravy, katabolismus, až rozvinutá kachexie, dekompenzace životně důležitých orgánů). Níže uvedené testy je vhodné opakovat a mít je jako podklad dalšího rozhodování.

- TUG test – Time up and Go test – test „vstaň a jdi“ – pacient má vstát ze židle a jít 3 metry tam a zpět, do 20 sekund norma, nad 30 sekund riziko pádu, nesplnění testu může znamenat závažnou hypomobilitu s riziky v rámci imobilizačního syndromu
- ADL – Barthelové test denních aktivit
- IADL – Instrumental Activities of Daily Living – Lowtonův test instrumentálních aktivit
- ESAS – Edmonton Symptom Assessment Scale – škála symptomů
- PPS – Palliative Performance Scale – škála funkční paliativní zdatnosti
- Karnofského index – škála funkční zdatnosti v onkologii

Indikátor č. 2 – Psychické obtíže, kognitivní zátěž

Depresivní symptomatologie a kognitivní zátěž jsou významným faktorem snížení kvality života, a to nejen pro nemocné, ale významně i pro jejich rodinné příslušníky. Zároveň závažná onemocnění a jejich symptomová zátěž predisponují k frustracím a depresivnímu ladění.

- compliance – ovlivnění schopnosti nemocného spolupracovat při léčbě i péči,
- sebeobsluha, exekutivní funkce,
- úzkost, zvládání stresu a emocí,
- náročnost pro pečující,
- total pain syndrom – přítomnost syndromu celkové bolesti (viz kapitola o léčbě bolesti).

Indikátor č. 3 – Kvalita života, důstojnost, deprese

- důstojnost života v nemoci,
- závislost, handicap, jejich zvládnání,
- sociální izolace,
- řešení životní bilance, životní motivace, osobnostní předpoklady, zajištěnost symptomů.

Indikátor č. 4 – výživa/malnutrice

- Polykací akt (pseudobulbární syndrom, sekundární parkinsonismus), prokrvení gastrointestinálního traktu (abdominální angína při těžké ateroskleróze, nízkém kardiálním výdeji a hypotenzi), hepatoreální funkce – tyto parametry závažně ovlivní výživu.
- Kvalita stravy, podpora sippingem, CAVE aspirace!
- Význam úrovně svalové hmoty: **imunita, pohyb, energetický pool** (aminokyseliny) (tab. 7).

Tab. 7 Význam sledování albuminu a celkové bílkoviny u křehkých geriatrických pacientů (tabulka vychází z mé osobní klinické zkušenosti, hodnoty je třeba korigovat na renální clearance)

Svalová síla – bílkoviny – laboratoř – prognóza	Klinická zkušenost
Albumin \geq 30 g/l, celková bílkovina \geq 60 g/l	Střední riziko – týdny malnutrice, per os příjem? Progrese choroby? Zkus zvýšit per os příjem – nutriční intervence, rehabilitace
Alb \geq 25 g/l, CB 50–60 g/l	Vysoké riziko deteriorace (selhání z prospívání) – měsíce malnutrice, nutná multidisciplinární péče, motivace, sipping, může jít již o projev terminální fáze choroby
Alb nižší 25 g/l, CB nižší než 50	Deteriorace – syndrom selhání prospívání – péče v závěru života – týdny až měsíce životní prognózy, terminální stav nebo do něj pacient brzy vstoupí

Indikátor č. 5 – Symptomová zátěž (ESAS)

- „total pain syndrom“
- únava
- dušnost
- delirium

- iatrogenní poškození léčbou, polypragmazie
- silné opioidy, neuroleptika

V tabulce 8 jsou popsány specifické situace u některých život limitujících chorob, které ve Spojených státech amerických slouží jako indikační kritérium pro přechod do hospicové péče.

Tab. 8 Prognostické modely pro specifické skupiny život ohrožujících chronických chorob v rámci geriatrické paliativní péče

Diagnóza	Indikační kritéria Americké hospicové asociace pro určení prognózy do 6 měsíců	Jiné užitečné prognostické modely
městnavé srdeční selhání	Primární kritéria: NYHA IV Sekundární kritéria: snížená ejekční frakce pod 30 %, projevy recidivujících arytmií, anamnéza srdeční zástavy, cévní mozková příhoda kardiální etiologie, synkopa neznámé etiologie	Seattle Heart Failure Model ⁶ (http://depts.washington.edu/shfm)
chronická obstrukční plicní nemoc	Primární kritéria: klidová dušnost, opakované hospitalizace pro dušnost či plicní infekty, hypoxemie (saturace méně 88 %) v klidu při aplikaci O ₂ nebo hyperkapnie (pCO ₂ 50 mmHg) Sekundární kritéria: ztráta na váze, přetrvávající tachykardie u pokročilé CHOPN GOLD IV, či pravostranné srdeční selhávání, či FEV ₁ pod 30 % normy	Bode Index ⁷ (http://www.eperc.mcw.edu)
selhání jater	pokročilá jaterní cirhóza, bez možné indikace k transplantaci koagulopatie s INR \geq 1,5 albumin v séru \leq 25 g/l V posledních týdnech komplikace: ascites i přes léčbu, spontánní bakteriální peritonitida, hepatorenální	MELD – model for end stage liver disease on-line kalkulátor na http://www.mdcalc.com

	syndrom, hepatální encefalopatie, recidivy krvácení z jícnových varixů	
demence	<p>FAST \geq fáze 7-C, závislost v chůzi, oblékání, hygieně, inkontinence stolice a moči</p> <p>Neschopnost souvisle vyslovit více než 6 slov/den</p> <p>Závažné zdravotní komplikace v posledních 6 měsících – aspirační pneumonie, septikemie, dekubity III.–IV. stupně, recidiva febrilií i přes prodělanou antibiotickou terapii</p> <p>Snížený kalorický příjem a příjem tekutin, s potřebou zvážení sondové výživy, albumin v séru ≤ 25 g/l a ztráta na váze o více než 10 % v posledních 6 měsících</p>	<p>Mortality Risk Index</p> <p>– pro klienty léčeben dlouhodobě nemocných, resp. domovů pro seniory s těžkou demencí</p> <p>– založen na 12 rizikových faktorech a validován kohortou 11 tisíc klientů rezidenčních zařízení pro seniory sledovaných krátce po přijetí</p>
ledvinné selhání	<p>Primární kritéria: chronická renální insuficience a probíhající dialýza, či volba k odstoupení od dialýzy</p> <p>Symptomy spojené s pokročilým renálním selháním: uremie, refrakterní retence tekutin, hyperkalemie, uremická perikarditida, hepatorenální syndrom</p> <p>Sekundární kritéria: velmi pokročilý věk (80 a více), kachexie, pokles sérového albuminu, koagulopatie</p>	<p>Modified Charlson Comorbidity Index</p> <p>http://www.eperc.mcw.edu (Hudson et al., 2009)</p>
geriatrické selhání z prospívání (geriatrická deteriorace)	<p>– nutriční stav (BMI méně či rovno 22 kg/m²), malnutrice, již probíhající nutriční podpora</p> <p>– snižování celkové kondice</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> – Palliative Performance Scale či Karnofského skóre rovno či menší než 40 – infekce, aspirace, aftózní stomatitida či kandidóza – doprovodné malignity – poruchy chování při demenci (stupeň demence P-PA-IA3) – komorbidity, kachexie, únava a svalová slabost 	
--	---	--

(Upraveno podle Rea, 2004)

Příjem a překlad pacienta se syndromem geriatrické křehkosti

Mám zkušenost z praxe, že důležité pro klinické rozhodování je na křehkost myslet a pojmenovat její příčiny. S tím souvisí i uvedení frailty syndromu v dokumentaci, nejlépe v úvodu diagnostického souhrnu.

Diagnostický soubor – příklad diagnostického závěru u 80letého muže vyšetřeného na interním oddělení v rámci geriatrického konzilia

1. *Frailty syndrom (syndrom geriatrické křehkosti), vaskulární demence P-PA-IA2 podle ČALS, syndrom instability, dekubit sakrálně I. stupně, syndrom celkové bolesti.*
2. *Resistance syndrom, lehká proteino-kalorická malnutrice, sekundární parkinsonský třes, úzkost.*
3. *Chronické srdeční selhání ve stadiu B/C.*
4. *Chronická renální insuficience II. stupně, prerenálně dekompenzovaná dehydratací.*

Diagnostický závěr: Doporučuji intervenci syndromu frailty, primárně v oblasti výživy, hydratace a rehabilitaci podle možností nemocného. Observace chronických onemocnění. CAVE hypotenze – léčba nesmí snížit TK pod 130/80 v klidu. Nezbytné diskutovat režimová opatření s rodinou, vhodná home care a pečovatelská služba po propuštění, sledování v režimu geriatrické ambulance à 3 měsíce, pravidelné návštěvy praktického lékaře à měsíc.

V případě, že frailty progreduje i přes péči, většinou také s ohledem na přítomné další komorbidity a progredující chronická onemocnění, je zapotřebí zvážit principy kategorizace.

Diagnostický soubor – příklad diagnostického závěru u 83letého muže vyšetřeného na interním oddělení v rámci geriatricko-paliativního konzilia

- 1. Frailty syndrom (syndrom geriatrické křehkosti), vaskulární demence P-PA-IA3 podle ČALS – vysoké riziko rozvoje geriatrické deteriorace, imobilizační syndrom, dekubit sakrálně III. stupně, syndrom celkové bolesti.*
- 2. Poruchy polykání, středně těžká malnutrice, sekundární parkinsonský syndrom, úzkost, noční delirantní stavy.*
- 3. Chronické srdeční selhání ve stadiu C/D.*
- 4. Chronická renální insuficience IV. stupně, konzervativní postup.*

Diagnostický závěr: Z důvodu pokročilého imobilizačního syndromu v návaznosti na těžký průběh frailty, CHSS a CHRI, doprovázené malnutricí a progresí kognitivní deteriorace, usuzuji, že se jedná o nemocného v EoL care (péči v závěru života) s potřebou specializované paliativní péče. Doporučuji kategorizaci DNI (pacient nebude profitovat z intenzivní péče), kvalitní ošetrovatelskou péči, podporu rodině, symptomatickou paliativní léčbu. Z pohledu život ohrožujících komplikací zadržena terapie.

Takový pacient by měl být následně posouzen konziliem minimálně 2–3 lékařů, zhodnocen v multidisciplinárním týmu, kategorizace pečlivě dokumentována a je nezbytné ji citlivě vysvětlit rodině nemocného. Takto dokumentovaný postup lze také vnímat jako ochranu pacienta před nadbytečnými výkony a nekvalitní péčí v závěru života. Zároveň ale pomůže eticky a odborně dobře promyslet a zhodnotit oblast kurativně-paliativního pomezí u této skupiny křehkých geriatrických pacientů. Naším cílem v oblasti křehkosti musí být vyvarovat se overtreatmentu, ale stejně tak terapeutického nihilismu.

Literatura:

Ladislav Kabelka: Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci, druhé přepracované a doplněné vydání, 2018, Mladá fronta a.s., ISBN 978-80-204-5049-4