

# 1

## Προσέγγιση του γηριατρικού ασθενή: η ολοκληρωμένη γηριατρική αξιολόγηση

Stanley J. Birge  
και Steve R. Lai

### ΑΡΧΕΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Κατά την προσέγγιση του γηριατρικού ασθενή αναγνωρίζεται ότι οι λειτουργικές αναπηρίες και οι αιτιάσεις του ασθενούς είναι συνέπεια πολλαπλών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Σε αντίθεση με την αξιολόγηση ενός νεότερου ενήλικου ασθενή, η γηριατρική αξιολόγηση εστιάζει στην αναγνώριση των λειτουργικών ελλειμμάτων και την παροχή συστάσεων είτε για τη διόρθωση αυτών είτε για την τροποποίηση του περιβάλλοντος και των συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης ώστε να βελτιστοποιηθεί η ανεξαρτησία του ασθενούς. Επομένως, η ιδανική γηριατρική αξιολόγηση εμπλέκει ομάδα πολλών επαγγελματιών υγείας που περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε, έναν κοινωνικό λειτουργό, ένα φαρμακοποιό και ένα φυσιοθεραπευτή, επιπρόσθετα με τον ιατρό. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι μια ολοκληρωμένη γηριατρική αξιολόγηση συχνά οδηγεί στην αναγνώριση μέχρι τώρα άγνωστων ιατρικών και ψυχολογικών προβλημάτων και σε συχνότερες αλλαγές θεραπείας, ψυχοκοινωνικές εκτιμήσεις και χρήση κοινωνικών υπηρεσιών. Μια ολοκληρωμένη διεπιστημονική γηριατρική αξιολόγηση παρέχεται στα περισσότερα ακαδημαϊκά κέντρα, αλλά είναι δύσκολο να εφαρμοστεί στον ιδιωτικό τομέα λόγω υψηλού κόστους.

Αυτό το κεφάλαιο προσφέρει ένα πλαίσιο για τον ιατρό προκειμένου να αξιολογήσει ηλικιωμένους ασθενείς με τον πιο έγκαιρο και οικονομικά αποδοτικό τρόπο. Το εργαλείο λειτουργικής αξιολόγησης στην Εικ. 1-1, επξηγεί τον τύπο αξιολόγησης που θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όλους τους καινούργιους ασθενείς >70 ετών ή σε κάθε ασθενή με γνωστά ελλείμματα σε καθοριστικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL). Η λειτουργική αξιολόγηση στους ηλικιωμένους συστήνεται, όχι μόνο για να αναγνωρίσει ελλείμματα στη λειτουργία, αλλά και για να εξυπηρετήσει ως βάση για τον έλεγχο αλλαγών στη λειτουργία, που εμφανίζονται κατά τη θεραπεία. Επιπλέον, πολυάριθμα εργαλεία απεικόνισης και αξιολόγησης παρέχονται εύκολα στα Παραρτήματα για γρήγορη πρόσβαση όταν αξιολογούνται ηλικιωμένα άτομα.

### ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Μια συζήτηση για την αξιολόγηση και διαχείριση της άνοιας παρέχεται στο

Πατρικό Όνομα: \_\_\_\_\_ Ημ. Γεν.: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Βασικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής:**

Ανεξάρτητος/η	Με μερική βοήθεια	Με σοβαρή βοήθεια	Έχει την απα- ραίτητη βοήθεια
---------------	----------------------	----------------------	----------------------------------

Ντύσιμο \_\_\_\_\_

Φαγητό \_\_\_\_\_

Λούσιμο \_\_\_\_\_

Τουαλέτα \_\_\_\_\_

Μετακίνηση \_\_\_\_\_

**Σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής:**

Προετοιμασία \_\_\_\_\_  
φαγητού

Αγορές \_\_\_\_\_

Θεραπείες \_\_\_\_\_

Μετακίνηση \_\_\_\_\_

Οικονομικά \_\_\_\_\_

**Δύναμη, διασκελισμός και ισορροπία κάτω άκρων**

Σηκώνεται όρθιος/α από καρέκλα: Όχι: \_\_\_ Ναι: \_\_\_ Με: \_\_\_ Χωρίς χέρια: \_\_\_

Χρόνος για να κάνει 5 εγέρσεις από την καθιστή θέση \_\_\_ δευτ.

Βήματα \_\_\_ Βήματα \_\_\_ Χρόνος \_\_\_ δευτ., Με \_\_\_ Χωρίς \_\_\_ βοηθητική  
για τα 4 μέτρα για στροφή \_\_\_\_\_ συσκευή

Βήματα \_\_\_ Βήματα \_\_\_ Χρόνος \_\_\_ δευτ. (με περίσπαση)  
για τα 4 μέτρα για στροφή \_\_\_\_\_

Σταδιακό αποτέλεσμα Romberg \_\_\_ Ανοιχτά μάτια Κλειστά μάτια

Στάση Romberg \_\_\_\_\_

Παράλληλη θέση ποδιών \_\_\_\_\_

Ημι-παράλληλη θέση ποδιών \_\_\_\_\_

Όραση: Διαβάζει χαρτί εφημερίδας χωρίς \_\_\_ με γυαλιά \_\_\_

Ακοή: Ακούει φυσιολογική συζήτηση χωρίς \_\_\_ με \_\_\_ ακουστική βοήθεια

**Διατροφή**

Στην ηλικία των 50 Δηλωμένα τωρινά Πραγματικά τωρινά

Βάρος \_\_\_\_\_

Ύψος \_\_\_\_\_

Απώλεια περίπου 5 ή περισσότερων κιλών τους τελευταίους έξι μήνες:

Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_

Οδοντοφνία: ελαφκής για μύσηση Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_

Οδοντοστοιχία Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_ , Υγιής Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_

**Κατάθλιψη**

Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, είχατε συχνά ενόχληση από αίσθημα κατάπτωσης, κατάθλιψης ή απελπισίας; Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_

Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, είχατε συχνά ενόχληση από περιορι-  
σμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα; Ναι \_\_\_ Όχι \_\_\_

Πανεπιστήμιο της Washington - Πρόγραμμα Αξιολόγησης Ηλικιωμένων Ενηλίκων

Εικ. 1-1. Απεικόνιση γηριατρικής αξιολόγησης.

Κεφάλαιο 3, Άνοια. Η αξιολόγηση των ηλικιωμένων ατόμων διευκολύνεται από τον ασθενή ή τον φροντιστή με τη συμπλήρωση μιας ανασκόπησης των συστημάτων και μια απεικόνιση της άνοιας και κατάθλιψης προτού εξεταστούν από τον ασθενή [1]. Το βασικό στοιχείο για την απεικόνιση της άνοιας είναι η **Δοκιμασία Σχεδίασης του Ρολογιού (Clock Completion Test- CCT)** (Βλέπε Παράρτημα Β). Όταν συνδυάζεται με παράγοντες κινδύνου για άνοια, η CCT παρέχει καλύτερη ευαισθησία και συγκρίσιμη ειδικότητα με Short Blessed Test (SBT) (Βλέπε Παράρτημα Α). Ένας ασθενής έχει περίπου 80% πιθανότητα να ασθενήσει από τη νόσο Alzheimer αν έχει περισσότερους ή λιγότερους από τρία νούμερα σε ένα τεταρτημόριο του ρολογιού. Η CCT είναι επίσης ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς με υποψία οξείας συγχυτικής κατάστασης (Βλέπε Κεφάλαιο 4, Άνοια).

Το τροποποιημένο SBT (mSBT, βλ. Παράρτημα Α) [2] είναι μια προτεινόμενη συνιστώσα της γηριατρικής αξιολόγησης, ακόμη και με την παρουσία φυσιολογικού CCT, επειδή το CCT είναι σχετικά μη ευαίσθητο στην αναγνώριση ασθενών με αγγειακή άνοια. Επιπλέον, μια ανώμαλη CCT δεν παρέχει πληροφορίες για τη σοβαρότητα της άνοιας. Ο χρόνος που απαιτείται για να απαριθμηθούν οι μήνες του χρόνου σε αντίστροφη σειρά (αντικείμενο πέντε από το mSBT) παρέχει μια αξιολόγηση εκτελεστικής λειτουργίας, που είναι ευαίσθητη για την αγγειακή εγκεφαλική άνοια.

## ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ

Η αξιολόγηση της ικανότητας για πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων ADL είναι ένας συντεταγμένος τύπος των κλιμάκων Lawton και Katz ADL/σύνθετες ADL, που είναι χρήσιμες για την αναγνώριση ελλειμμάτων που απειλούν την ανεξαρτησία, αλλά και για την παρακολούθηση των ασθενών κατά τη διάρκεια θεραπείας. Οι πλήρεις εκδοχές αυτών των κλιμάκων δίνονται στα Παράρτηματα Μ και Ν.

## ΔΥΝΑΜΗ, ΒΑΔΙΣΗ ΚΑΙ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ

Η αξιολόγηση της μυικής ισχύος της βάδισης και της ισορροπίας των κάτω άκρων είναι ένας ευαίσθητος προγνωστικός δείκτης ανεξαρτησίας και αποτελεί ποσοτικό μέτρο παρακολούθησης της ανταπόκρισης στη θεραπεία. Αν ο ασθενής μπορεί να σηκωθεί από την καθιστική θέση με τα χέρια του/της διπλωμένα στο στήθος, τότε του ζητείται να επαναλάβει τη δοκιμασία πέντε φορές όσο πιο γρήγορα μπορεί. Ο χρόνος στον οποίο θα το κάνει αυτό συνδέεται στενά με πιο εξειδικευμένα μέτρα, όπως το δυναμόμετρο Cybex [3]. Χρόνοι > 10 δευτ. υποδηλώνουν πιθανή μυϊκή αδυναμία των κάτω άκρων. Η βάδιση αξιολογείται ζητώντας από τον ασθενή να περπατήσει 4 μέτρα με τον φυσιολογικό του/της βηματισμό, να στρίψει και να επιστρέψει χωρίς να σταματήσει. Ο αριθμός των βημάτων που απαιτείται για να διασχίσει 4 μέτρα και ο αριθμός των βημάτων που απαιτείται για να στρίψει 180 μοίρες δίνουν ένα ποιοτικό μέτρο δυναμικής ισορροπίας. Η δοκιμασία μπορεί να επαναληφθεί με την περιστροφή αντίστροφης μέτρησης από το 20 ενώ ο ασθενής περπατά. Η διαφορά με ταξύ των χρό-

νων των δύο αξιολογήσεων του διασκελισμού είναι μια μέτρηση του κίνδυνου πτώσεων του ασθενή. Το Σταδιακό σημείο Romberg είναι μια ποσοτική μέτρηση στατικής ισορροπίας [4]. Ο ασθενής ζητείται να σταθεί για 10 δευτ. με τα μάτια του/της ανοιχτά και έπειτα κλειστά προς τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις: πόδια ενωμένα (στάση Romberg), το ένα πόδι κατά το ήμισον μπροστά από το άλλο (ημιπαράλληλη στάση) και η φτέρνα του ενός ποδιού απέναντι στο δάχτυλο του άλλου (παράλληλη στάση). Το αποτέλεσμα είναι ο αριθμός στάσεων που διατηρήθηκαν επιτυχώς για 10 δευτ.

## ΟΡΑΣΗ

Η όραση μπορεί να ελεγχθεί με μια κόρτα οράσεως Rosenbaum (Βλ. Παράρτημα J) ή με το διάγραμμα του τύπου αξιολόγησης από τον ασθενή με ή χωρίς γυαλιά (Βλ. Κεφ. 19, Οφθαλμολογία και Γηριατρική).

## ΑΚΟΗ

Η ακοή μπορεί να ελεγχθεί με την Hearing Handicap Inventory on the Elderly ή τη Δοκιμασία Ψιθύρου (Βλ. Παράρτημα K). Αναφορά της ικανότητας του ασθενή να ακούσει μια φυσιολογική συζήτηση με ή χωρίς ακουστική βοήθεια.

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η διατροφική αξιολόγηση είναι σημαντική λόγω του αντίκτυπου της ανεπάρκειας πρωτεϊνών-θερμίδων και ιχνοστοιχείων στη λειτουργία του οργανισμού. Το 15% των εξωτερικών ασθενών και σχεδόν το ήμισον των νοσηλευόμενων ηλικιωμένων ασθενών υποσιτίζονται ή δεν τρέφονται σωστά. Η κακή διατροφή οδηγεί σε παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, επανεισαγωγή, κατακλίσεις και αυξημένη θνησιμότητα. Υπάρχουν συχνά πολλαπλοί παράγοντες που σχετίζονται με τον υποσιτισμό ή τη δυσθρεψία, συμπεριλαμβανομένης της φτώχειας, της κοινωνικής απομόνωσης, της κατάθλιψης, της άνοιας, του πόνου, της ακινησίας, της παλινδρόμησης, της δυσκοιλιότητας, του αλκοολισμού, των φαρμάκων, οδοντιατρικών προβλημάτων, και της μεταβολής στην αίσθηση της πείνας και της δίψας. Επιπλέον, η δυσφαγία λόγω εγκεφαλικών επεισοδίων, παρκινσονισμού, φαρμάκων ή άνοιας έχει εκτιμηθεί ότι επηρεάζει το ήμισον του νοσηλευόμενου ηλικιωμένου πληθυσμού. Ένδειξη απώλειας βάρους (>5 κιλά τους τελευταίους 6 μήνες) θα πρέπει να παρακινήσει εργαστηριακή αξιολόγηση της άλβουμίνης του ορού, RBC δείκτες και συνολικά λεμφοκύτταρα (Βλ. Κεφ. 9 Ακουσία Απώλεια Βάρους στους Ηλικιωμένους). Η ανεπάρκεια βιταμίνης D και η αντίσταση στη δράση της παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις πτώσεις και το κάταγμα ισχίου και μπορεί να προσκληθεί από απώλεια ύψους >5 εκ. Μια μέτρηση ορού 25- υδροξυβιταμίνης D μπορεί να επιβεβαιώσει ανεπάρκεια βιταμίνης D. Ωστόσο, μια αυξημένη παραθορμόνη σε ασθενείς με φυσιολογικά επίπεδα ορού ασβεστίου και 25- υδροξυβιταμίνης D σε δίαιτα με >600 mg ασβεστίου είναι ενδεικτική αντίστασης στη δράση της βιτ. D. Η ανεπάρκεια ψευδάργυρου έχει επίσης προέχοντα ρόλο στα γηριατρικά σύνδρομα, συμπεριλαμβανομένης της ανοσολογικής ανεπάρκειας, της διαταραγμένης επουλώσεως τραυμάτων, γνω-

στικής δυσλειτουργίας και σαροκοπενίας. Επειδή η κύρια πηγή ψευδάργυρου είναι το κόκκινο κρέας, η αξιολόγηση της οδοντοφυΐας και της οδοντοστοιχίας παρέχει μια απλή προσέγγιση στην απεικόνιση αυτού του προβλήματος. Δεν υπάρχει αξιόπιστη εξέταση αίματος για ανεπάρκεια ψευδάργυρου. Το Παράρτημα F περιλαμβάνει ένα εργαλείο ανίχνευσης των διαταραχών της όρεξης και της διατροφής.

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η αδιάγνωστη κατάθλιψη είναι συχνή σε γηριατρικούς ασθενείς και συνδέεται με τριπλάσιο έως τετραπλάσιο αυξημένο κίνδυνο λειτουργικής ανακνώσεως, νόσου του Alzheimer και καρδιαγγειακής νόσου (Βλ. Κεφ. 5, Κατάθλιψη στους Ηλικιωμένους Ενήλικες). Δύο αναγνωριστικές ερωτήσεις βεβαιώνουν ότι το 80% με 95% των ενηλίκων είναι επηρεασμένοι από μείζονα κατάθλιψη [5] (Εικ. 1-1). Όσοι απαντούν θετικά σε μία ερώτηση θα πρέπει να αξιολογηθούν από την Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (Βλ. Παράρτημα C) για να επιβεβαιωθεί ο αριθμός των συμπτωμάτων που υποστηρίζει ο ασθενής. **Ασθενείς με πολλαπλά συμπτώματα, που δεν πληρούν τα κριτήρια μείζονος κατάθλιψης έχουν συγκρίσιμα αποτελέσματα με εκείνους που τα πληρούν και επομένως χρήζουν θεραπείας.**

## ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ

Σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας ο μέσος τρόφιμος παίρνει επτά διαφορετικά φάρμακα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς συχνά έχουν πολυάριθμους ιατρούς και θεραπείες. Το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση πολυφαρμακίας είναι ο προσδιορισμός των συνταγογραφούμενων και μη φαρμάκων (Βλ. Κεφ. 6, Προσέγγιση Πολυφαρμακίας και Κατάλληλη Φαρμακευτική Χρήση). Ο κλινικός ιατρός καταγράφει όλα τα φάρμακα με το γενόσημό τους και καταργεί όσα δεν είναι απαραίτητα. Οι ιατροί πρέπει να γνωρίζουν όλες τις αλλαγές στο μεταβολισμό φαρμάκων που σχετίζονται με την ηλικία. Στους ηλικιωμένους υπάρχουν αλλαγές στη σύσταση του σώματος, τον μεταβολισμό του ήπατος και των νεφρών και της φαρμακοδυναμικής. Πριν από την χορήγηση ενός νέου φαρμάκου, ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να προσδιορίσει αν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου, όπως η προχωρημένη ηλικία, μια νόσος του ήπατος ή των νεφρών ή πολλαπλά φάρμακα. Οι ιατροί θα πρέπει να εστιάσουν στη βελτίωση της συμμόρφωσης διατηρώντας απλά φαρμακευτικά σχήματα και χορηγώντας τα κατά τη διάρκεια των γευμάτων.

## ΑΚΡΑΤΕΙΑ

Εκτιμάται ότι το 15-30% των ηλικιωμένων ενηλίκων που διαμένουν σε κοινότητα πάσχουν από ακράτεια ούρων και σχεδόν το 50% των ηλικιωμένων που διαμένουν σε γηροκομείο (Βλ. Κεφ. 24, Ακράτεια Ούρων). Οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες ακράτειας ούρων από ότι οι ηλικιωμένοι άντρες. Η διαφορά σχετίζεται με ανατομικές διαφορές, δυσλειτουργία του πυελικού εδάφους και περινεϊκό τραυματισμό στις γυναίκες. Η ακράτεια στους άντρες