

Geriatrya. Praktyczny przewodnik. Karty kieszeniowe

Rycina 8.1. Test 4AT (tłumaczenie testu na podstawie strony internetowej www.the4AT.com, na której dostępna jest też wersja polskojęzyczna narzędzia).

[1] CZUJNOŚĆ

Dotyczy obserwacji pacjentów, którzy mogą być senni (np. trudni do obudzenia i / lub senni podczas oceny) lub pobudzeni / nadpobudliwi. Jeśli pacjent śpi, należy podjąć próbę obudzenia go mową lub delikatnym dotknięciem ramienia. Prosimy pacjenta o podanie nazwiska i adresu, aby móc dokonać oceny.

zaznacz
kółkiem

Prawidłowy (w pełni czujny, ale nie pobudzony podczas badania)	0
Łagodna senność przez < 10 sekund po przebudzeniu, następnie prawidłowy	0
Wyraźnie nieprawidłowa reakcja słowna	4

[2] AMT4

Wiek, data urodzenia, miejsce (nazwa szpitala lub budynku), obecny rok

Bez błędów	0
1 błąd	1
2 lub więcej błędów / niemożliwe do zbadania	2

[3] UWAGA

Prosimy pacjenta o wymienienie nazw miesięcy roku w odwrotnej kolejności, zaczynając od grudnia do stycznia. Aby pomóc w początkowym zrozumieniu, dozwolona jest jedna podpowiedź miesiąca przed grudniem.

Wymienia poprawnie 7 miesięcy lub więcej	0
Zaczyna, ale wymienia poprawnie < 7 miesięcy / odmawia rozpoczęcia	1
Nie rozpoczyna wymieniania miesięcy ze względu na ogólny stan, senność lub zaburzenia uwagi	2

[4] NAGŁE ZMIANY lub ZMIENNY PRZEBIEG

Oceniamy obecność nagłej zmiany lub zmienności w czasie zaburzeń stanu świadomości w zakresie czuwania, funkcji poznawczych lub postrzegania (np. paranoja, halucynozja), które po raz pierwszy pojawiły się w ciągu ostatnich 2 tygodni i wciąż są widoczne w ciągu ostatnich 24 godzin

Tak	0
Nie	4

4 lub więcej: możliwe majaczenie +/- zaburzenia poznawcze

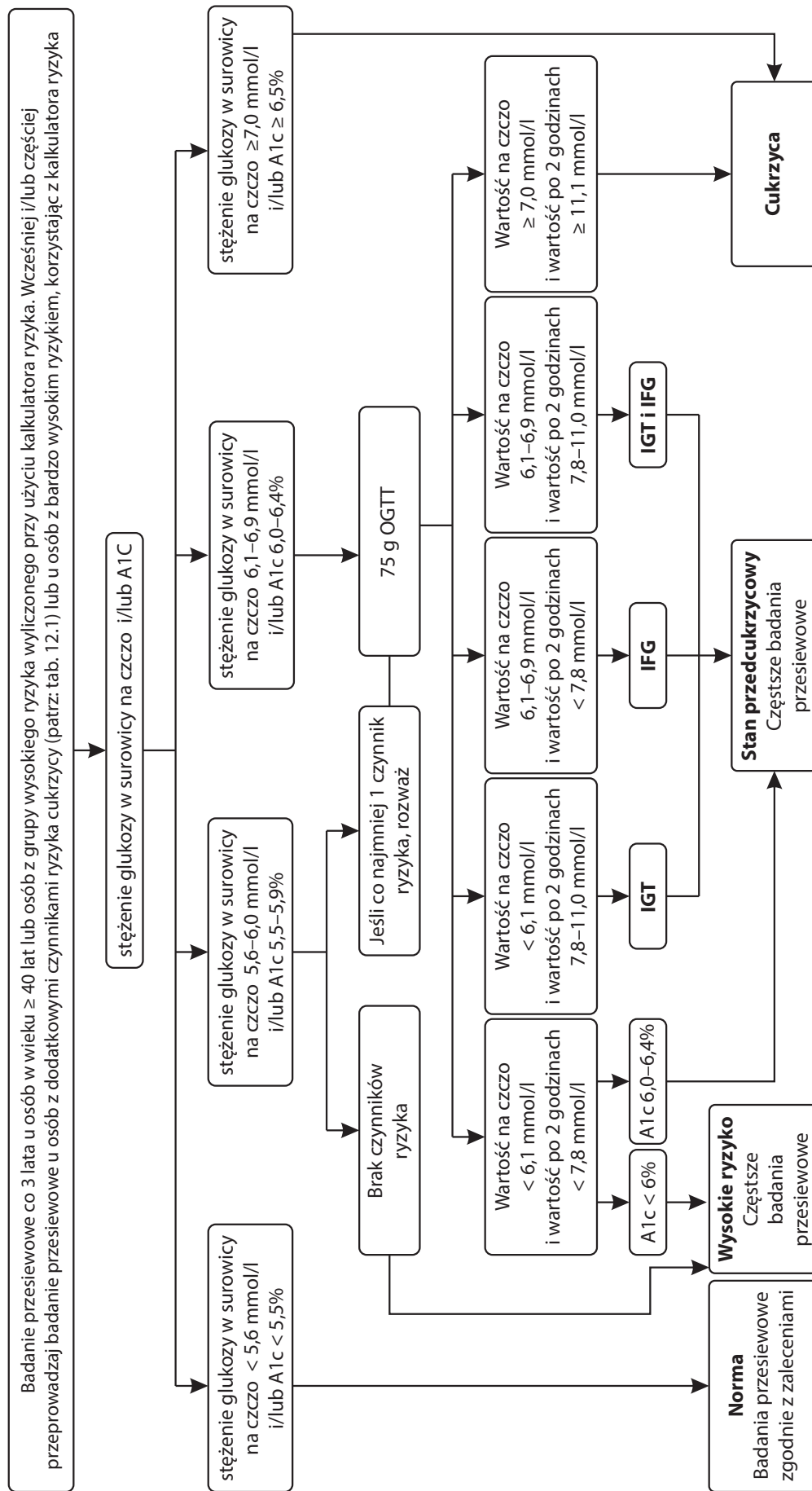
1–3: możliwe zaburzenia poznawcze

0: majaczenie lub ciężkie zaburzenia poznawcze mało prawdopodobne (ale majaczenie ciągle jest możliwe, jeśli informacje są niepełne)

4AT WYNIK

Rycina 12.1.* Algorytm diagnozowania cukrzycy. Przedruk za zgodą Eko i wsp., 2013, strona S14. Kalkulator ryzyka jest dostępny pod adresem: <http://www.diabetes.org/are-you-at-risk/diabetes-risk-test/>

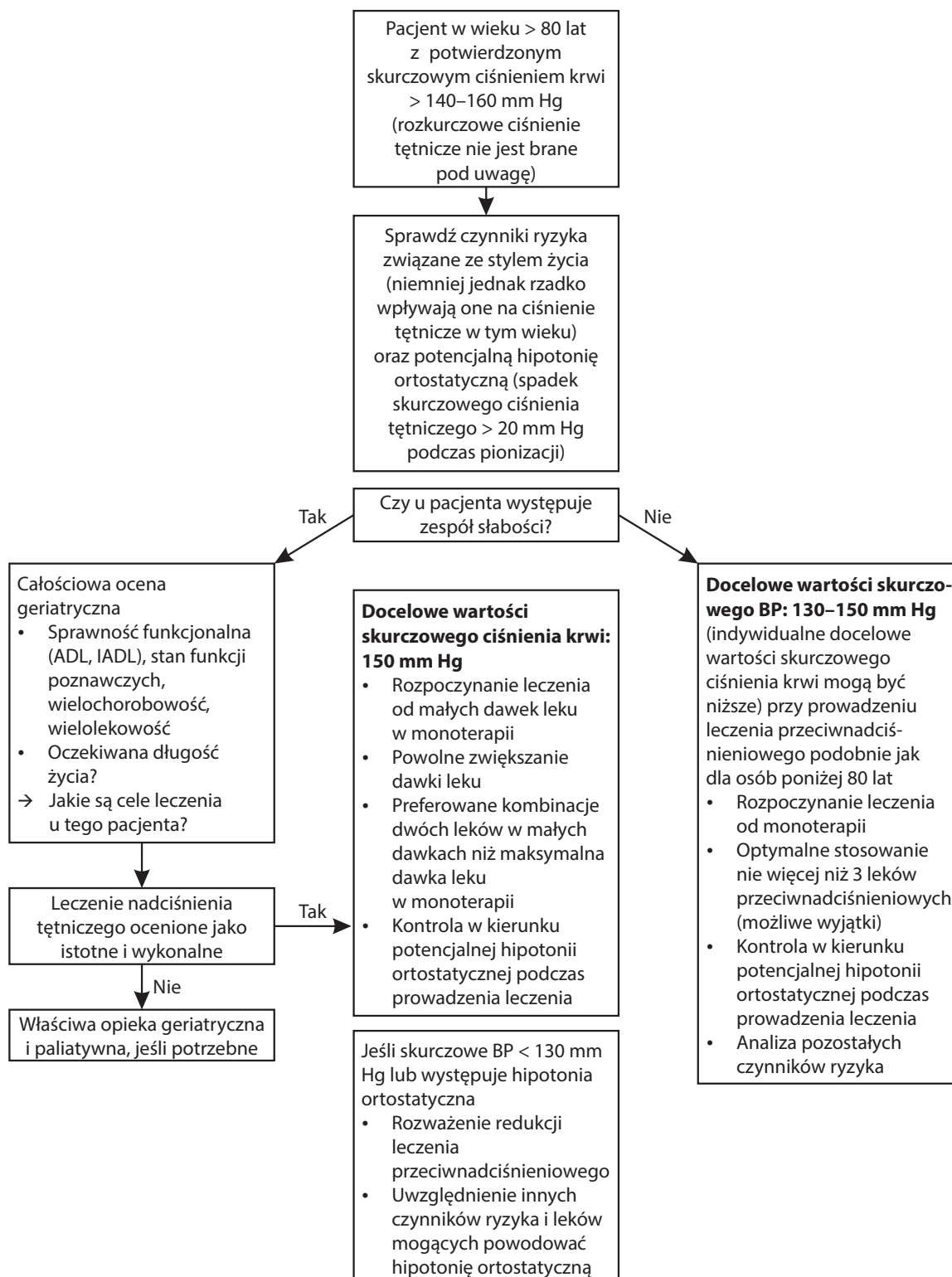
Objaśnienia: HbA1c – hemoglobina glikowana, OGTT (ang. *Oral Glucose Tolerance Test*) – test doustnego obciążenia glukozą, IGT (ang. *Impaired Glucose Tolerantion*) – upośledzona tolerancja glukozy, IFG (ang. *Impaired Fasting Glucose*) – nieprawidłowa glikemia na czczo.



* W Polsce badanie stężenia HbA1c służy do monitorowania leczenia cukrzycy, ale nie do diagnozowania (przyj. tłum.).

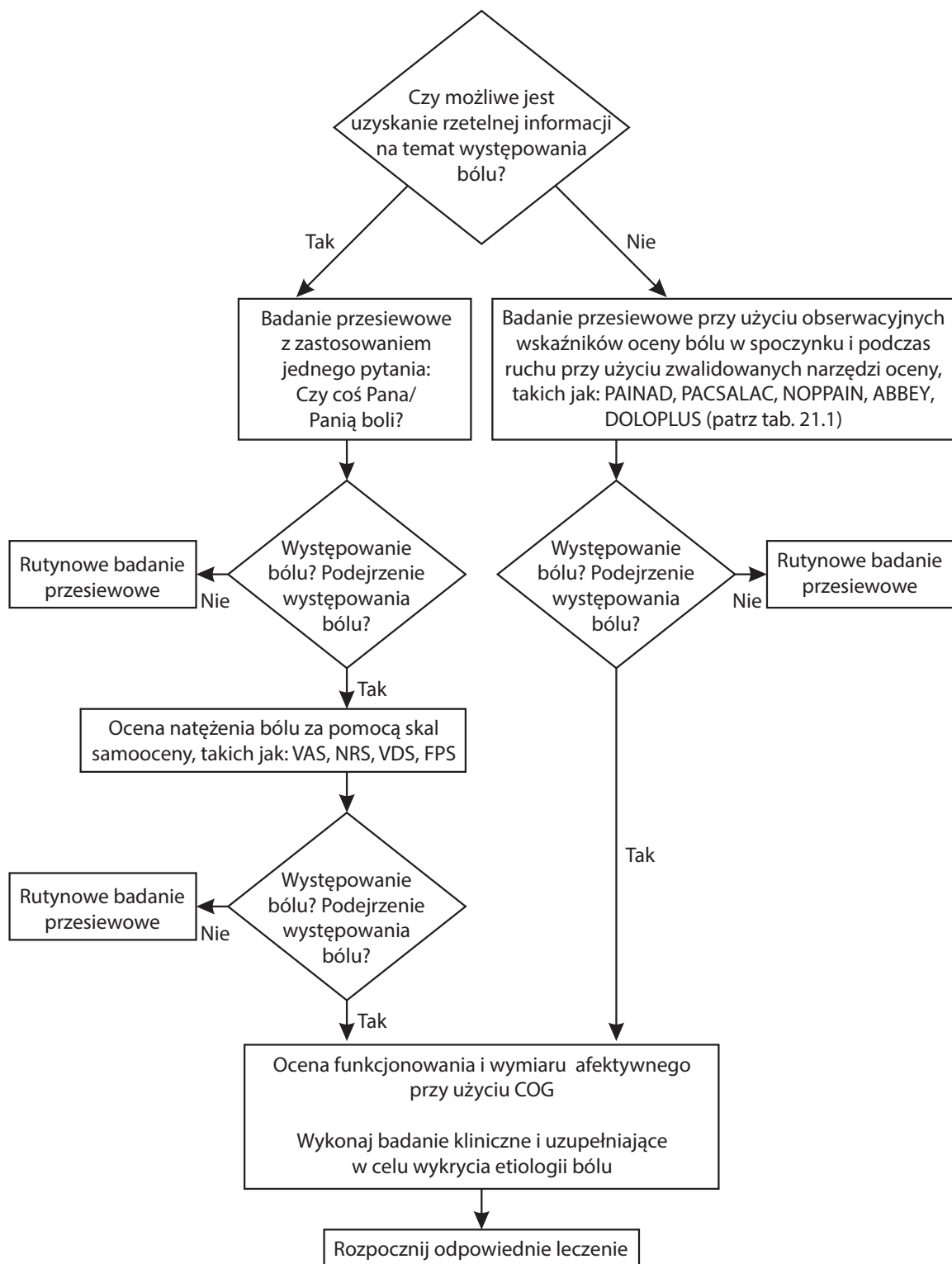
Rycina 13.1. Zarys wytycznych leczenia hipotensyjnego pacjentów w wieku ≥ 80 lat

Objaśnienia: ADL (ang. *activities of daily living*) – czynności dnia codziennego, IADL (ang. *instrumental activities of daily living*) – złożone czynności dnia codziennego.



* Definicja hipotonii ortostatycznej to spadek ciśnienia skurczowego o co najmniej 20 mm Hg lub rozkurczowego o minimum 10 mm Hg; jednak w tym przypadku ciśnienie rozkurczowe nie jest brane pod uwagę (przyp. tłum.).

Rycina 21.2. Algorytm badania przesiewowego i oceny bólu przewlekłego u osób starszych



Ryc. 24.2. Uproszczony schemat kliniczny zalecania ćwiczeń u starszych pacjentów.

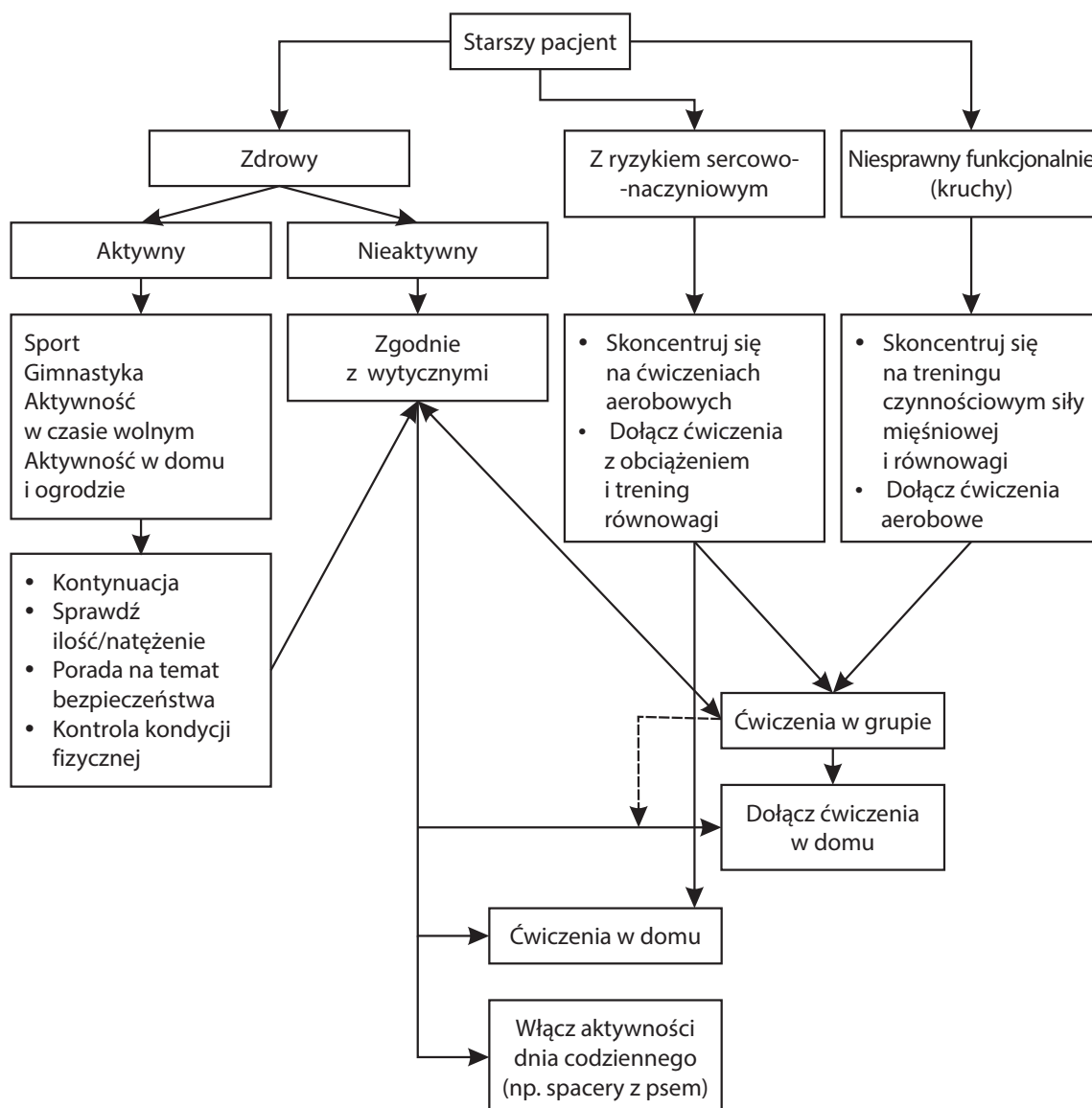


Tabela 23.4. Interakcje lek–lek o szczególnym znaczeniu klinicznym dla osób starszych i alternatywne opcje terapeutyczne

Antagoniści witaminy K + leki przeciwplytkowe (szczególnie ASA), niezalecone przez kardiologa	Po pierwsze: sprawdź poprawność terapii złożonej (mechaniczna proteza zastawkowa), do 3 miesięcy po ostrym zespole wieńcowym i reumatycznym zwężeniu zastawki mitralnej) Po drugie: jeśli terapia złożona nie jest właściwa, odstaw ASA i monitoruj poziom INR
Antagoniści witaminy K + doustne NLPZ	Po pierwsze: rozważ zasadność stosowania NLPZ. Jeśli to możliwe, wybierz paracetamol albo silniejszy lek przeciwbólowy niebędący NLPZ, który jest bezpieczniejszym wyborem Po drugie: jeśli NLPZ jest nieunikniony, preferowane są małe dawki ibuprofenu Po trzecie: zawsze dołącz gastroprotekcję (najwięcej dowodów na skuteczność dotyczy IPP w dawkach standardowych) Po czwarte: pamiętaj również, aby dokładnie monitorować funkcję nerek lub wartość ciśnienia tętniczego w zależności od obecnej diagnozy
Leki hamujące układ renina–angiotensyna–aldosteron + diuretyki oszczędzające potas/suplementy potasu/leki zawierające potas ^a	Po pierwsze: najlepiej wprowadź diuretyki nieoszczędzające potasu / odpowiedniki niezawierające potasu Po drugie: jeśli złożenie jest nieuniknione, monitoruj czynność nerek i poziom potasu w surowicy Po trzecie: zawsze informuj pacjenta o objawach hiperkalemii
Leki hamujące układ renina–angiotensyna–aldosteron + trimetoprim/sulfametoksazol	Po pierwsze: najlepiej zamień leczenie na antybiotyk, biorąc pod uwagę wskazania Po drugie: jeśli złożenie jest nieuniknione, monitoruj czynność nerek i poziom potasu w surowicy
Leki hamujące układ renina–angiotensyna–aldosteron + doustne NLPZ	Po pierwsze: rozważ zasadność stosowania NLPZ. Jeśli to możliwe, wybierz paracetamol albo silniejszy lek przeciwbólowy niebędący NLPZ, który jest bezpieczniejszym wyborem Po drugie: jeśli NLPZ jest nieunikniony, monitoruj czynność nerek, wartość ciśnienia tętniczego i poziom potasu w surowicy
Doustne NLPZ + doustne kortykosteroidy	Po pierwsze: rozważ zasadność stosowania NLPZ. Jeśli to możliwe, wybierz paracetamol albo silniejszy lek przeciwbólowy niebędący NLPZ, który jest bezpieczniejszym wyborem Po drugie: jeśli NLPZ jest nieunikniony, preferowane są małe dawki ibuprofenu Po trzecie: zawsze dołącz gastroprotekcję (najwięcej dowodów na skuteczność dotyczy IPP w dawkach standardowych) Po czwarte: pamiętaj również, aby dokładnie monitorować funkcję nerek lub wartość ciśnienia tętniczego w zależności od obecnej diagnozy
Doustne NLPZ + diuretyk	Po pierwsze: rozważ zasadność stosowania NLPZ. Jeśli to możliwe, wybierz paracetamol albo silniejszy lek przeciwbólowy niebędący NLPZ, który jest bezpieczniejszym wyborem Po drugie: jeśli NLPZ jest nieunikniony, monitoruj czynność nerek, wartość ciśnienia tętniczego i poziom potasu w surowicy
Doustne NLPZ + SSRI/SNRI	Po pierwsze: rozważ zasadność stosowania NLPZ. Jeśli to możliwe, wybierz paracetamol albo silniejszy lek przeciwbólowy niebędący NLPZ, który jest bezpieczniejszym wyborem Po drugie: jeśli NLPZ jest nieunikniony, preferowane są małe dawki ibuprofenu Po trzecie: zawsze dołącz gastroprotekcję (najwięcej dowodów na skuteczność dotyczy IPP w dawkach standardowych) Po czwarte: pamiętaj również, aby dokładnie monitorować funkcję nerek lub wartość ciśnienia tętniczego w zależności od obecnej diagnozy
Doustne NLPZ+ leki przeciwplytkowe	Po pierwsze: rozważ zasadność stosowania NLPZ. Jeśli to możliwe, wybierz paracetamol albo silniejszy lek przeciwbólowy niebędący NLPZ, który jest bezpieczniejszym wyborem Po drugie: jeśli NLPZ jest nieunikniony, preferowane są małe dawki ibuprofenu Po trzecie: zawsze dołącz gastroprotekcję (najwięcej dowodów na skuteczność dotyczy IPP w dawkach standardowych) Po czwarte: pamiętaj również, aby dokładnie monitorować funkcję nerek lub wartość ciśnienia tętniczego w zależności od obecnej diagnozy
Doustne leki hipoglikemizujące / insulina + niekardioselektywne β-blokery	Po pierwsze: rozważ zasadność stosowania β-blokera i sprawdź kontrolę glikemii Po drugie: zawsze zmień na kardioselektywny β-bloker (dotyczy również kropli ocznych) Po trzecie: zawsze informuj pacjenta o możliwych zmianach w percepcji hipoglikemii
Jony Ca ²⁺ + chinolony/tetracykliny	Po pierwsze: stosuj jony Ca ²⁺ minimum 2 godz. po przyjęciu chinolonów/tetracyklin lub chinolony/tetracykliny 6 godz. po przyjęciu jonów Ca ²⁺ Po drugie: jeśli to niemożliwe, odstaw jony Ca ²⁺
Jony Ca ²⁺ + lewotyroksyna	Po pierwsze: stosuj jony Ca ²⁺ minimum 2 godz. po przyjęciu lewotyroksyny [*] lub lewotyroksynę 6 godz. po przyjęciu jonów Ca ²⁺ Po drugie: jeśli to niemożliwe, odstaw jony Ca ²⁺
Bisfosfoniany + jony Ca ²⁺ , Mg ²⁺ , Zn ²⁺ , Fe ²⁺ , Al ³⁺	Po pierwsze: stosuj substancję chelatującą minimum 2 godz. po bisfosfonianach Po drugie: jeśli to niemożliwe, zmień (przestaw) na odpowiednik nieposiadający właściwości chelatowania
Jakiegokolwiek złożenia leków antycholinergicznym	Po pierwsze: zastąp jeden lub więcej leków odpowiednikami z mniejszą aktywnością antycholinergiczną lub jej brakiem Po drugie: zawsze zalec pacjentowi, aby zgłaszał działania niepożądane wynikające z efektu antycholinergicznego

Objaśnienia: ASA – kwas acetylosalicylowy, NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne, SNRI – inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny, SSRI – inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny

^aNiektóre leki zawierają znaczne ilości potasu: sól potasowa siarczanu glukozaminy (do 300 mg/tabletkę), doustne suplementy diety (do 200 mg/jednostkę); rekomendowana dzienna dawka (DDD): 3000 mg/dobę dla pacjentów w wieku ≥ 60 lat

^bNiektóre leki zawierają znaczne ilości witaminy K: doustne suplementy diety (do 13 g/jednostkę); rekomendowana dzienna dawka (DDD): 50–70 µg/dzień dla pacjentów w wieku ≥ 60 lat.

* Lewotyroksynę należy stosować rano na czczo przynajmniej 30 minut przed śniadaniem (przyp. tłum.).

Tabela 24.8. Model pięciu „A” dotyczący przestrzegania i dostosowywania programu ćwiczeń poprawiających zdrowie

1. Oceń (ang. <i>Assess</i>)
• Aktualny poziom sprawności
• Chęć rozpoczęcia programu ćwiczeń
2. Udziel porady (ang. <i>Advise</i>)
• Wyjaśnij znaczenie aktywności fizycznej
• Przedstaw zalecenia
• Omów możliwości ćwiczeń zgodnie z preferencjami pacjenta
• Zapewnij informacje w formie, którą pacjent może zabrać do domu
3. Przyjmijcie wspólne ustalenia (ang. <i>Agree</i>)
• Pacjent i lekarz powinni wspólnie ustalić długoterminowe i krótkoterminowe cele sprawnościowe oraz sposób, w jaki pacjent je osiągnie
4. Wspieraj (ang. <i>Assist</i>)
• Doradzaj pacjentom podejmowanie jakiejś formy aktywności każdego dnia, w zakresie rozwiązywania problemów i stopniowego włączania dodatkowych ćwiczeń, aby osiągnąć konkretne indywidualne cele pacjenta
• Pacjent może prowadzić dziennik zawierający pytania i przeszkody w wykonywaniu ćwiczeń, które można omówić podczas kontrolnej wizyty
• Krótkoterminowe wsparcie może obejmować krótką rozmowę telefoniczną tydzień po rozpoczęciu programu
• Zapewnij skierowanie na fizjoterapię lub specjalną pomoc, jeśli to konieczne
5. Zorganizuj (ang. <i>Arrange</i>)
• Zorganizuj/doradzaj w zakresie odpowiedniego programu uwzględniającego preferencje społeczne, normy kulturowe, historię ćwiczeń, potrzeby instruktażowe, gotowość, motywację, samodyscyplinę, cele krótko- i długoterminowe oraz logistykę

Tabela 25.1. Ogólne uwagi i zalecenia dotyczące komunikacji z osobami starszymi

Ogólne wskazówki dotyczące poprawy komunikacji	
• Przedstaw się i omów plan wizyty	
• Trzymaj się planu rozmowy; unikaj ageizmu	
• Unikaj mowy, która może być postrzegana jako protekcyjna (ang. „elderspeak”) i „zespołu nadał” (ang. „still syndrome”)	
• Usiądź z osobą starszą i unikaj pośpiechu	
• Szczerze słuchaj i unikaj przerywania; obserwuj	
• Okaż empatię	
• Unikaj żargonu	
• Włącz starszą osobę do rozmowy, unikaj mówienia wyłącznie do jej osoby towarzyszącej lub opiekuna	
• Zweryfikuj, czy słuchacz rozumie, co do niego mówisz	
• Z rozważą stosuj żarty i unikaj zbyt bezpośredniej komunikacji z pacjentami z innych kultur niż zachodnie	
Ogólne wskazówki dotyczące poprawy komunikacji bezpośredniej (ang. <i>face to face</i>)	
• Monitoruj i kontroluj zachowania pozawerbalne	
• Zminimalizuj hałasy w tle	
• Zwróć się twarzą w kierunku osoby starszej, aby umożliwić jej czytanie z ruchu twoich warg	
• Używaj bezpośredniego, konkretnego, praktycznego języka, zwłaszcza podczas przekazywania krytycznych informacji	
• Unikaj dwóch i więcej pytań w jednym zdaniu	
• Korzystaj z pomocy wizualnych, takich jak obrazy i diagramy	
• Zadawaj pytania otwarte	
Wskazówki dotyczące komunikacji z osobami starszymi z określonymi niepełnosprawnościami	
Upośledzenie słuchu	Sprawdź, czy aparat słuchowy jest włączony i prawidłowo założony
	Nigdy nie podnoś głosu, mów spokojnie, głośno i wyraźnie w krótkich zdaniach o wyższej tonacji
	Zwróć się twarzą do starszej osoby i artykułuj wyraźniej, aby umożliwić czytanie z ruchu warg
	Rozważ użycie mikrofonu i głośnika
Upośledzenie wzroku	Zapewnij okulary do czytania
Zaburzenia funkcji poznawczych	Poświęć więcej czasu, aby zapewnić kontakt i zdobyć zaufanie
	Upewnij się, że osoba towarzysząca lub nieformalny opiekun jest obecny i stanowi wsparcie
	Unikaj zbyt powolnego mówienia
	Upraszczaj zdania
	Zadawaj różne rodzaje pytań w zależności od celu konwersacji
	Używaj dosłownych powtórzeń i parafraz, aby ułatwić zrozumienie

Tabela 25.2. Wskazówki dotyczące przeprowadzania i strukturyzowania wywiadu medycznego

	Przykład
Zastosuj ogólne zasady i zalecenia dotyczące komunikacji z osobami starszymi	Patrz tabela 25.1
Zapytaj o aktualne dolegliwości	Co Pani/Panu najbardziej przeszkadza?
Daj czas na przedstawienie skarg/dolegliwości i nie przerywaj wypowiedzi	
Zachęcaj do zadawania pytań	Czy jest coś jeszcze? Zachęć pacjenta, aby przyniósł pisemną listę problemów i pytań
Zapytaj o stosowane leki	Poproś pacjenta o przyniesienie wszystkich stosowanych leków (dostępnych na receptę oraz bez recepty)
Zapytaj o codzienne funkcjonowanie	Np. kąpiel, ubieranie się, gotowanie, zakupy, zarządzanie finansami
Przeanalizuj dotychczasową historię pacjenta	Zbierz informacje o życiu pacjenta: związkach, członkach rodziny, typowych reakcjach na stres, postawie wobec starzenia się, choroby i śmierci
Zbierz wywiad socjalny	Warunki życia, dostęp do transportu, bezpieczeństwo, odżywianie, zażywanie narkotyków i alkoholu, typowe codzienne czynności, edukacja, (poprzednia) praca, sytuacja finansowa, kontakty towarzyskie i dobrostan
Zaangażuj członka rodziny lub nieformalnego opiekuna (wywiad od innych osób)	Doprecyzuj, czy pacjent nie bagatelizuje lub nie ukrywa informacji Dopytaj o zmiany w codziennym funkcjonowaniu
Określ cele i życzenia	
Dostosuj opiekę, szukając informacji o wierze i wartościach kulturowych	
Angażuj pacjenta we wspólne podejmowanie decyzji	

W stwierdzeniu, czy osoba starsza doświadcza przemocy, mogą pomóc ogólne pytania, np.:

1. Czy ktoś w Pana/Pani domu kiedykolwiek Pana/Panią skrzywdził?
2. Czy ktoś kiedykolwiek dotykał Pana/Panią bez jego/jej zgody?
3. Czy ktoś kiedykolwiek zmuszał Pana/Panią do czegoś, czego Pan/Pani nie chciał(-a)?
4. Czy ktoś kiedykolwiek zabrał coś należącego do Pana/Pani bez pytania o zgodę?
5. Czy ktoś kiedykolwiek na Pana/Panią krzyczał lub groził?
6. Czy kiedykolwiek podpisał(-a) Pan/Pani dokument, którego Pan/Pani nie rozumiał(-a)?
7. Czy boi się Pan/Pani jakiejś osoby w domu?
8. Czy często jest Pan/Pani sam(-a) w domu?
9. Czy zdarzyło się, że nie otrzymał(-a) Pan/Pani pomocy w zadbaniu o siebie, w czasie, gdy potrzebował(-a) Pan/Pani takiej pomocy?

Geriatrics. Praktyczny przewodnik, str. 412

Pogorszenie funkcji poznawczych związane z wiekiem i otępienie. Syntetyczny przewodnik dla studentów i lekarzy specjalizujących się w dziedzinie geriatry – część I. Zalecenia ogólne

- Odsetek pacjentów z zaburzeniami neuropoznawczymi wśród osób hospitalizowanych na oddziałach ogólnych i w ramach ostrego dyżuru jest duży i stale rośnie. Około jedna czwarta łóżek szpitalnych zajmowana jest przez pacjentów z jakąś formą otępienia, a wśród pacjentów powyżej 80. roku życia odsetek ten wzrasta do 40%. Osoby w wieku ≥ 80 lat będą w 2050 r. stanowić 12% populacji europejskiej (Raport EU, 2017).
- U osób w zaawansowanym wieku i późnej starości często występuje pogorszenie funkcjonowania poznawczego, ale zaburzenia neuropoznawcze są niedostatecznie diagnozowane i leczone z następujących powodów: (1) heterogenności i złożoności procesu starzenia, (2) kontinuum pomiędzy starzeniem się i patologią w zaawansowanej starości, (3) faktu, że osoby starsze z lekkimi zaburzeniami poznawczymi nie zgłaszają tych dolegliwości, a lekarze nie pytają o nie.
- Pacjenci w zaawansowanym starszym wieku z zaburzeniami poznawczymi lub bez tych zaburzeń cierpią na wiele chorób, w tym często dotyczących układu krążenia oraz często są niepełnosprawni, a więc wykazują duże ryzyko majaczenia, upadków, niepełnej współpracy w leczeniu i instytucjonalizacji. Badanie tych pacjentów powinno uwzględniać ocenę geriatryczną z uwzględnieniem oceny niestabilności ich stanu.
- Spodziewaj się pacjentów z zaburzeniami poznawczymi. Pytaj o zaburzenia pamięci. Jeśli pacjent dobrze współpracuje, poświęć czas na wykonanie badania przesiewowego, np. SPMSQ (ang. *Short Portable Mental Status Questionnaire*) (zob. też rozdz. 26) lub MMSE (<http://www.dementiatoday.com/wp-content/uploads/2012/06/MiniMentalStateExamination.pdf>)^{*}. Punkty odcięcia dla testów psychometrycznych powinny być stosowane ostrożnie, zwłaszcza u osób w zaawansowanym wieku. Rozważ wykonanie dalszych badań u pacjentów z niższym poziomem wykształcenia, którzy uzyskali 24/30 punktów oraz u pacjentów z wyższym poziomem wykształcenia, którzy uzyskali 27/30 punktów. Rozważ wykonanie testu rysowania zegara oraz testu MoCA (ang. *Montreal Cognitive Assessment*) (www.mocatest.org). Naucz się wykonywać powyższe testy. Jeśli pacjent uzyskał słabe wyniki testów: (1) skieruj go na rozszerzone badania neuropsychologiczne i skonsultuj się z neurologiem; (2) poświęć czas na zebranie dokładnego wywiadu od opiekuna pacjenta; (3) przeanalizuj leczenie farmakologiczne, choroby towarzyszące i inne potencjalnie odwracalne przyczyny zaburzeń poznawczych; (4) udziel pacjentowi i/lub opiekunowi informacji na temat zagadnień etycznych, rokowania, znaczenia stylu życia oraz zapobiegania naczyniowym czynnikom ryzyka; (5) we współpracy z neurologiem rozważ wskazania do włączenia leków stosowanych w leczeniu otępienia.
- Jeśli podejrzewasz, że twój nowoprzyjęty do szpitala starszy pacjent ma zaburzenia świadomości, przeprowadź diagnostykę różnicową majaczenia z otępieniem: porozmawiaj z osobą towarzyszącą lub opiekunem i wykonaj badanie przesiewowe w kierunku majaczenia, np. test 4AT (MacLulich, www.the4at.com). Rozważ obecność następujących objawów wskazujących na majaczenie lub otępienie: (1) podostry początek vs. podstępny rozwój objawów; (2) zmienny poziom świadomości vs. jasna świadomość; (3) często występujące objawy vs. zależne od stadium otępienia objawy, tj. omamy, zaburzenia uwagi, orientacji, snu, nieprawidłowa aktywność psychoruchowa.

^{*} W związku z dynamicznymi zmianami dostępności poszczególnych testów zaleca się każdorazowe sprawdzenie zasad ich używania w gabinetach (przyp. red.).

Pogorszenie funkcji poznawczych związane z wiekiem i otępienie. Syntetyczny przewodnik dla studentów i lekarzy specjalizujących się w dziedzinie geriatry – część II. ABC podejmowania decyzji klinicznych w zakresie funkcji poznawczych u pacjentów w starszym wieku

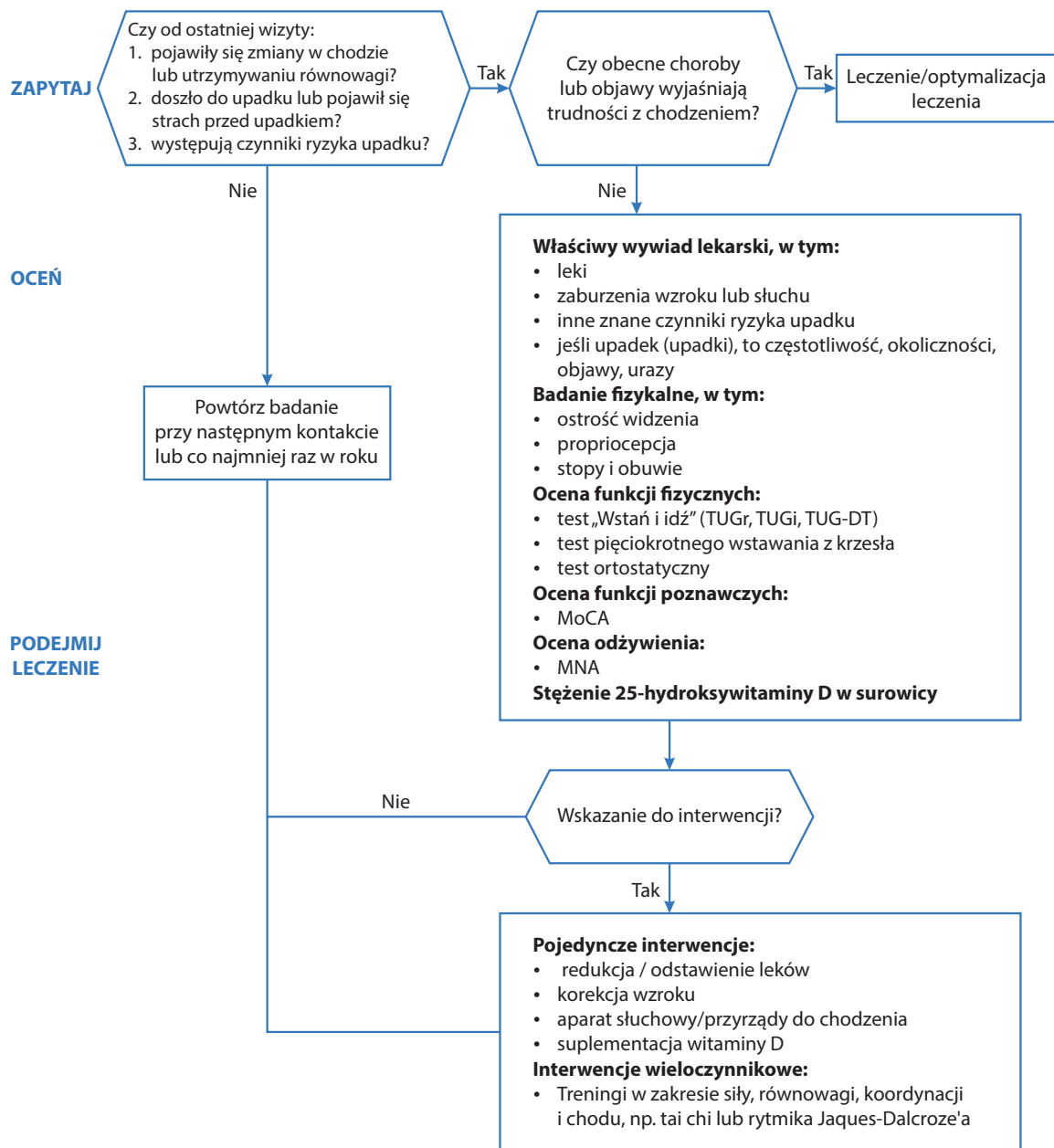
A. Czy u pacjenta występują zaburzenia funkcji poznawczych?

Oceń orientację co do własnej osoby i otoczenia*, pytając o imię, nazwisko, datę urodzenia, adres i przyczynę zgłoszenia się do lekarza (zamiast bez ostrzeżenia sprawdzać orientację w czasie i miejscu lub zapamiętywanie trzech wyrazów). Wspieraj obecność opiekuna, a jeśli wizyta odbywa się z inicjatywy opiekuna, przeprowadź z nim dodatkowy wywiad. Z szacunkiem zapytaj pacjenta o zapominanie. Zapytaj pacjenta o zgodę na przeprowadzenie badania. Upewnij się, że pacjent ma ze sobą okulary, jest wyspany oraz spożył posiłek i płyny przed wizytą. Wykonaj test rysowania zegara po odbyciu odpowiedniego szkolenia obejmującego okres wykonywania testu pod nadzorem. Unikaj presji czasu. Jeśli posiadasz odpowiednie przeszkolenie, rozważ wykonanie testu MMSE lub MoCA. Zachęcaj pacjenta, aby jak najlepiej rozwiązywał zadania, ale nie komentuj poprawności ich wykonania. Podczas obliczania punktacji w testach neuropsychologicznych uwzględnij swoje doświadczenie i okres uczenia się. Proś innych o radę. Przy obliczaniu wyników weź pod uwagę czynniki socjalne, lata nauki, przyjmowane leki, obecność czynników stresowych (choroba, utrata bliskiej osoby, zmęczenie), objawy depresyjne, objawy pozapiramidowe, zaburzenia narządów zmysłów (niedosłuch, niedowidzenie, korekcja wzroku), zaburzenia ruchowe (drżenie, sztywność mięśniowa), brak norm dla osób w zaawansowanym wieku i utratę wartości predykcyjnej biomarkerów i testów wraz z wiekiem. Zaznacz w swoich notatkach, które domeny funkcjonowania poznawczego nie zostały ocenione (np. wynik badania MMSE wynosi 28 zamiast 30 punktów, jeśli pacjent nie był w stanie napisać zdania i przerysować rysunku).

B. Jeśli u pacjenta stwierdza się zaburzenia funkcji poznawczych, staraj się określić ich zaawansowanie, oceniając funkcjonowanie pacjenta i podejmij współpracę z neurologiem, neurogeriatrą, terapeutą mowy, fizjoterapeutą i innymi specjalistami i pracownikami ochrony zdrowia zależnie od rodzaju zaburzeń (AD, otępienie naczyniowe, otępienie czołowo-kroniowe, otępienie mieszane, otępienie w chorobie Parkinsona, pseudodemencja itd.) i ich nasilenia (MCI i lekkie otępienie vs. umiarkowane i znaczne otępienie). Zwróć szczególną uwagę na zdolność dokonywania ocen, wielochorobowość, wielowymiarowe rokowanie oraz wspólne podejmowanie decyzji (ang. *Shared Decision Making* – SDM). Biorąc pod uwagę nasilenie zaburzeń – od zmian związanych z wiekiem przez MCI do znacznego otępienia – zmieniaj punkt ciężkości swoich zaleceń z pierwotnej do wtórnej prewencji z wykorzystaniem następujących strategii:

1. Styl życia z uwzględnieniem: zbilansowanej diety (zachęcaj do stosowania diety śródziemnomorskiej), regularnej aktywności fizycznej, treningu poznawczego, aktywności w czasie wolnym oraz realizacji zainteresowań i hobby podtrzymujących dobrostan i jakość życia.
2. Krytyczna ocena farmakoterapii z uwzględnieniem wielolekowości, agresywnego leczenia hipotensyjnego, leków antycholinergicznym i uspokajających.
3. Leczenie chorób współistniejących, takich jak: depresja, choroba Parkinsona i chorób układu krążenia.
4. Terapia farmakologiczna otępienia w celu podtrzymania poziomu funkcjonalnego i zwolnienia progresji choroby z uwzględnieniem faktu, że w zaawansowanym wieku częste objawy niepożądane leków stosowanych w leczeniu otępienia (zawroty głowy, senność, zaburzenia żołądkowo-jelitowe) mogą przeważać nad korzystnym wpływem terapii.
5. Leczenie farmakologiczne objawów neuropsychiatrycznych, w tym citalopram jako lek przeciwdepresyjny oraz risperidon/kwetiapina jako neuroleptyki z uwzględnieniem faktu, że objawy niepożądane, w tym objawy pozapiramidowe i hipokineza mogą być przyczyną ciężkiego upośledzenia sprawności fizycznej w starości.
6. Muzykoterapia, taniec, orientacja w rzeczywistości, zorganizowana aktywność artystyczna dla osób starszych z zaburzeniami poznawczymi.
7. Zwrócenie uwagi na obciążenie opiekuna, w tym udzielenie informacji na temat organizacji pomocowych, ośrodków opieki dziennej itd.
8. Informacje na temat zagadnień etycznych i prawnych, planowania opieki i możliwości opieki paliatywnej, w tym postępowania w przewlekłym bólu.
9. Zapobieganie upadkom, unieruchomieniu, odleżynom i majaczeniu.

C. Wykorzystuj wielowymiarowe strategie w sposób spersonalizowany. Weź pod uwagę, że większość z przedstawionych powyżej działań nie jest tak czasochłonna, jak się wydaje, a jednocześnie może niezwykle korzystnie wpłynąć na jakość życia pacjenta i opiekuna. Nie wykorzystuj tych samych zaleceń w identycznej formie dla każdego pacjenta. Pamiętaj, że na poziomie społeczno-ekonomicznym lepsza opieka ostatecznie okazuje się mniej kosztowna.



Geriatrya. Praktyczny przewodnik, str. 108

Jak rozpoznać depresję. Proces diagnostyczny krok po kroku

Krok pierwszy. Unikaj błędnych przekonań.

- Bycie starym oznacza bycie smutnym.
- Anhedonia* wynika z mądrości życiowej.
- Bezradność towarzyszy zwykłemu procesowi starzenia się.
- Utrata zainteresowań towarzyszy zwykłemu procesowi starzenia się.
- Niejasne objawy somatyczne nakładają się na choroby współistniejące.

Krok drugi. Diagnoza kliniczna depresji.

- a) Ustal, czy u pacjenta występowały w przeszłości zaburzenia depresyjne i/lub inne zaburzenia psychiczne oraz czy zażywał on leki przeciwdepresyjne i/lub leki psychotropowe.
- b) Oceń, czy występują objawy depresyjne (patrz: krok pierwszy):
 - objawy typowe dla osób dorosłych i starszych,
 - swoiste objawy depresji w starszym wieku.
- c) Zapytaj o myśli samobójcze i oceń ryzyko samobójstwa.

Krok trzeci. Zdefiniuj rodzaj zaburzeń depresyjnych, w tym szczególnie:

- epizod dużej depresji (Alamo i wsp., 2014),
- depresję z objawami psychotycznymi (urojenia winy, zguby, krzywdy, oskarżenia),
- melancholię (ciężki przebieg i złe rokowanie ze względu na znaczne ryzyko uzależnienia od pomocy),
- depresję bez smutku, w której pacjent neguje smutek i depresję, ale obecne są takie objawy depresyjne, jak: uczucie beznadziejności i bezradności, anhedonia, spowolnienie psychoruchowe, drażliwość, zaburzenia pamięci, zaniedbywanie siebie, zła współpraca w leczeniu,
- depresję maskowaną, w której cierpienie psychiczne zamienia się w cierpienie fizyczne (np. dolegliwości bólowe niereagujące na leki przeciwbólowe, duszność, tachykardia lub kołatanie serca, zawroty głowy, zaparcia, zaburzenia pamięci).

Krok czwarty. Wybór najbardziej odpowiedniej skali oceny (tab. 15.1).

Do oceny przesiewowej i wykrywania depresji używa się zwykle Geriatrycznej Skali Depresji (ang. *Geriatric Depression Scale* – GDS) w wersji 15-punktowej. Należy pamiętać, że GDS nie jest przydatna w przypadkach umiarkowanego bądź znacznego otępienia i/lub gdy wynik Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (ang. *Mini-Mental State Examination* – MMSE) wynosi < 15 punktów. Rozpoznanie depresji nie można dokonać wyłącznie na podstawie GDS.

Skalą przydatną do rozpoznawania depresji oraz oceny zmiany po leczeniu jest Skala Depresji Montgomery i Asberg (ang. *Montgomery and Asberg Depression Scale* – MADRS).

W przypadku pacjentów z otępieniem można posłużyć się skalą Cornell Oceny Depresji w Demencji (ang. *Cornell Scale for Depression in Dementia* – CSDD).

Krok piąty. Hospitalizację należy rozważać, gdy występuje:

- znaczne ryzyko samobójstwa,
- zaburzenie nastroju w połączeniu ze znacznym ryzykiem gwałtownego pogorszenia stanu funkcjonalnego,
- ciężki epizod depresji,
- pobudzenie lub wyniszczenie znacznego stopnia,
- wyraźna niepełnosprawność i/lub ciężka choroba przewlekła,
- izolacja lub brak wsparcia społecznego albo niepewność dotycząca sytuacji pacjenta.