

Μεγάλη Ηλικία και Βαριά Νόσος: Μια Αυξανόμενη Πρόκληση για την Εντατική Νοσηλευτική

Θεόδωρος Α. Κατσούλας

Old Age and Critical Illness: A Growing Challenge for Critical Care Nursing

*Νοσηλεύτης, Επίκουρος Καθηγητής
Νοσηλευτικής Μονάδων Εντατικής
Θεραπείας, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας,
Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Αθήνα*

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα μείζον πρόβλημα του 21ου αιώνα, με σημαντικές συνέπειες στη ζήτηση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Υπολογίζεται ότι θα υπάρχουν περισσότερα από δύο δισεκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως, άνω των 60 ετών, έως το έτος 2050.¹ Σύμφωνα με την ελληνική απογραφή του 2011 το 25,3% του πληθυσμού ήταν >60 ετών, το 9,4% ήταν 70–79 ετών και το 5,4% ήταν >79 ετών. Το δε προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα το 2016 ήταν 84 έτη για τις γυναίκες και 78,9 έτη για τους άνδρες.²

Μολονότι δεν υπάρχει αυστηρώς καθορισμένο βιολογικό όριο, το 65ο έτος θεωρείται συνήθως το μεταίχιμο της μετάβασης στην τρίτη ηλικία. Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα έτη 75–90 αντιστοιχούν στην τέταρτη ηλικία και τα έτη πάνω από 90 στην πέμπτη ηλικία. Υπερήλικος ασθενής θεωρείται εκείνος του οποίου η κατάσταση της υγείας αρχίζει να επηρεάζει τις αποφάσεις στις κατευθυντήριες γραμμές της υγείας. Ως πραγματικά υπερήλικοι (aged) χαρακτηρίζονται οι άνω των 75 ετών, ενώ ως νεότεροι υπερήλικοι (elderly) οι μεταξύ 65–74 ετών.¹ Σε πολλά κράτη η διάμεση ηλικία των ασθενών που χρειάζονται εντατική νοσηλεία είναι ήδη πάνω από τα 65 έτη, με αποτέλεσμα η επιστημονική κοινότητα να στρέφει το ενδιαφέρον της στις ιδιαιτερότητες των ηλικιών πάνω από 75–80 έτη.³

Ο οργανισμός χάνει κάθε χρόνο, μετά το 40ό έτος της ηλικίας το 1% των φυσιολογικών λειτουργιών του. Η χρονολογική ηλικία αποτελεί έναν πτωχό προγνωστικό παράγοντα της λειτουργικής κατάστασης, αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσης ενός ασθενούς. Ωστόσο, υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ χρονολογικής και βιολογικής ηλικίας, η οποία και απεικονίζει τη φυσιολογική φθορά. Ιδιαίτερα όταν συζητούνται θέματα πρόγνωσης και προγνωστικών παραγόντων κατά τη νοσηλεία των βαριά πασχόντων ασθενών είναι καθοριστική η επίδραση του προσδόκιμου ζωής του υπό μελέτη πληθυσμού. Έτσι, κάποιοι ερευνητές ορίζουν τη μεγάλη ηλικία ως τη διαφορά του αναμενόμενου προσδόκιμου της ζωής του μελετώμενου πληθυσμού μείον δέκα έτη.⁴

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Θεόδωρος Α. Κατσούλας
Πανεπιστημιακή ΜΕΘ, ΓΟΝΚ, 145 64
«Οι Άγιοι Ανάργυροι», Νέα Κηφισιά
e-mail: tkatsoul@nurs.uoa.gr

Η γήρανση είναι η διαδικασία κατά την οποία ο οργανισμός μεταβάλλεται σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, φτάνει την ωρίμανση και καταλήγει στην πλήρη καταστροφή των οργάνων και των ιστών του ατόμου. Είναι μια πολύπλοκη και καθολική διαδικασία λειτουργικών και δομικών μεταβολών που εμφανίζονται βαθμιαία και αθροιστικά, με την πάροδο του χρόνου και σχετίζονται με την ηλικία του ατόμου.⁵ Θεωρείται αποτέλεσμα της συσσώρευσης μοριακών και κυτταρικών βλαβών κατά τη διάρκεια της ζωής, που συμβαίνουν με πολύπλοκους μηχανισμούς που ρυθμίζονται από ένα επίσης πολύπλοκο δίκτυο συντήρησης και επιδιόρθωσης, κάτω από την επίδραση γενετικών, περιβαλλοντικών και επιγενετικών μηχανισμών.⁵ Ωστόσο έχει πολύ υψηλό βαθμό πολυμορφίας της φαινοτυπικής απεικόνισης, καθώς επηρεάζεται από ποικίλους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες.

Η αύξηση της νοσηρότητας και της εξάρτησης που παρατηρείται στους ηλικιωμένους έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: (α) οι ηλικιωμένοι νοσούν συχνότερα από τους νέους, (β) κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και ιδιαίτερα οι ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, η φυσική αναπηρία και οι σχετιζόμενες με το γήρας πνευματικές διαταραχές, (γ) οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσουν και υπάρχει μεγάλος κίνδυνος οι ασθένειες να γίνουν χρόνιες και (δ) κατά κανόνα οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα. Έτσι το πλάνο φροντίδας των ηλικιωμένων και οι αποφάσεις για τη θεραπεία των νοσημάτων, την εντατική νοσηλεία ή την έναρξη ανακουφιστικής αγωγής, συχνά είναι μια πολύπλοκη διαδικασία.

Η βραχυπρόθεσμη επιβίωση των ασθενών σίγουρα βελτιώνεται από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ, αλλά μελέτες δείχνουν μια πολύ υψηλή θνητότητα στο ένα έτος.⁶ Επιπλέον έχει φανεί σε άλλες μελέτες ότι το πρόσθετο όφελος στην επιβίωση των υπερηλίκων από τη ΜΕΘ δεν είναι ενθαρρυντικό. Εάν ληφθούν υπόψη και άλλοι σημαντικοί δείκτες έκβασης, όπως η λειτουργική ικανότητα και η ποιότητα ζωής, το όφελος από τη νοσηλεία στη ΜΕΘ καθίσταται ακόμη περισσότερο αβέβαιο.⁷

Στη διαδικασία της απόφασης για αντιμετώπιση στη ΜΕΘ συνεπώς ανακύπτουν συχνά σοβαρά διλήμματα, η επίλυση των οποίων απαιτεί τη διερεύνηση των προτιμήσεων του ηλικιωμένου, τη γνώση και ερμηνεία των διαθέσιμων τεκμηρίων, την εκτίμηση της πρόγνωσης και την προσαρμογή του πλάνου, ώστε να ενισχυθεί το όφελος, να ελαττωθούν οι βλαπτικές συνέπειες και να βελτιωθεί

ή διατηρηθεί κατά το δυνατόν η ποιότητα ζωής. Οι επιθετικές παρεμβάσεις και οι απέλπιδες προσπάθειες στη ΜΕΘ, αλλά και σε άλλες υγειονομικές δομές, οφείλουν να έχουν ένα όριο, το σημείο όπου συνεπάγεται για τον ασθενή δυσανάλογη ταλαιπωρία προς το αναμενόμενο όφελος. Ιδίως σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας, ακόμη και συνηθισμένες παρενέργειες μιας επιθετικής θεραπευτικής αγωγής μπορεί να αποδειχθούν δυσανάλογες σε σχέση με το πραγματικό όφελος που αναμένεται. Η εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου ή η παρεμπόδιση της επέλευσής του επιτείνουν το ψυχικό και το σωματικό άλγος του ασθενούς, υπονομεύουν την αξιοπρέπειά του ως προσώπου και επιβαρύνουν ποικιλοτρόπως την οικογένειά του.

Λόγω των περιορισμένων πόρων πολλά συστήματα υγείας δίνουν ιδιαίτερη σημασία σε μια αυστηρή διαδικασία διαλογής για την εισαγωγή σε ΜΕΘ. Η διαλογή βασίζεται στο προσδοκώμενο όφελος για τον ασθενή, έτσι η οποιαδήποτε απόφαση απαιτεί μια αξιόπιστη εκτίμηση της πρόγνωσης. Στις πολύ μεγάλες ηλικίες η πρόγνωση και κατ'επέκταση οι αποφάσεις διαλογής δεν αρκεί να βασίζονται στις συνήθεις κλίμακες κλινικής βαρύτητας και στη συννοσηρότητα, αλλά πρέπει να υπάρχει μια προσέγγιση περισσότερο λειτουργική. Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της ευπάθειας (frailty) ή αλλιώς στο σύνδρομο ευπάθειας (frailty syndrome) στους ηλικιωμένους. Αυτό ορίζεται ως ένα βιολογικό σύνδρομο μειωμένων αποθεμάτων και αντίστασης στους στρεσογόνους παράγοντες που είναι συνέπεια της έκπτωσης σε πολλαπλά συστήματα της φυσιολογίας και έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη ευαλωτότητα (vulnerability) σε δυσμενή έκβαση της υγείας. Αποτελεί σαφώς διακριτή κλινική οντότητα από την ανικανότητα, όπως αυτή εκτιμάται από τη δυσλειτουργία σε δραστηριότητες της καθημερινότητας και τη συννοσηρότητα.⁸

Επιπρόσθετα με τα ζητήματα πρόσβασης και διαλογής, οι ιδιαιτερότητες του γήρατος αποτελούν σημαντική πρόκληση και όσον αφορά στη νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων στη ΜΕΘ. Σημαντικό μέρος της φροντίδας περιλαμβάνει την πρόληψη και τη διαχείριση των μακροπρόθεσμων επιπλοκών. Έτσι, παρεμβάσεις όπως η προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής και της σίτισης, τα πρωτόκολλα πρώιμης κινητοποίησης και η αποφυγή των περιορισμών μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα και να επιταχύνουν την αποκατάσταση.⁹ Έμφαση πρέπει να δίνεται στους συνηθέστερους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για τη λειτουργική και γνωστική έκπτωση, όπως η ακινησία και το παραλήρημα.

Προτείνεται η εφαρμογή δεσμών φροντίδας, που αφορούν στην τυποποίηση της φροντίδας μέσω αλγορίθμων σε διαδικασίες που αναφέρονται στην καθημερινή άφύπνιση και τις δοκιμασίες αυτόματης αναπνοής, την επιλογή της καταστολής στα χαμηλότερα δυνατά επίπεδα, την παρακολούθηση για εμφάνιση παραληρήματος και τη διαχείρισή του, καθώς και την έγκαιρη κινητοποίηση.⁹

Συνεπώς, είναι φανερό ότι στο πλαίσιο που οι δημογραφικές μεταβολές επιφέρουν σημαντικές αλλαγές στην εντατική νοσηλευτική φροντίδα, η αξιολόγηση της ευπάθειας, η βελτίωση των μοντέλων βαρύτητας και πρόγνωσης και η υιοθέτηση γηριατρικών μοντέλων φροντίδας είναι απαραίτητες συνιστώσες ενός ολοκληρωμένου πλάνου φροντίδας, για τη βελτίωση της έκβασης των βαριά πασχόντων ηλικιωμένων ασθενών.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva, 2015
2. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Γενική απογραφή πληθυσμού 2011. www.statistics.gr/el/statistics
3. Flaatten H, de Lange D, Artigas A et al. The status of intensive care medicine research and a future agenda for very old patients in the ICU. *Intens Care Med* 2017, 43:1319–1328
4. Scherbov S, Sanderson WC. New approaches to the conceptualization and measurement of age and aging. *J Aging Health* 2016, 28:1159–1177
5. Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013, 381:752–762
6. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J et al. The Eldicus prospective observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: intensive care benefit for the elderly. *Crit Care Med* 2012, 40: 132–138
7. Boumendil A, Latouche A, Guidet B, ICE-CUB Study Group. On the benefit of intensive care for very old patients. *Arch Intern Med* 2011 171:1116-1117
8. Khezrian M, Myint P, McNeil C et al. A review of frailty syndrome and its physical, cognitive and emotional domains in the elderly. *Geriatrics* 2017, 2:36
9. Brummel N, Balas M, Morandi A et al. Understanding and reducing disability in older adults following critical illness. *Crit Care Med* 2015, 43:1265–1275