



UNIVERZITA KARLOVA

Výživa na konci

TEREZA VÁGNEROVÁ, RD

Obsah prezentace

TÉMATA

Úvod do problematiky
Problematika nutričních poruch
Typy podvýživy
Druhy nutriční podpory
Etické aspekty a výživa na konci

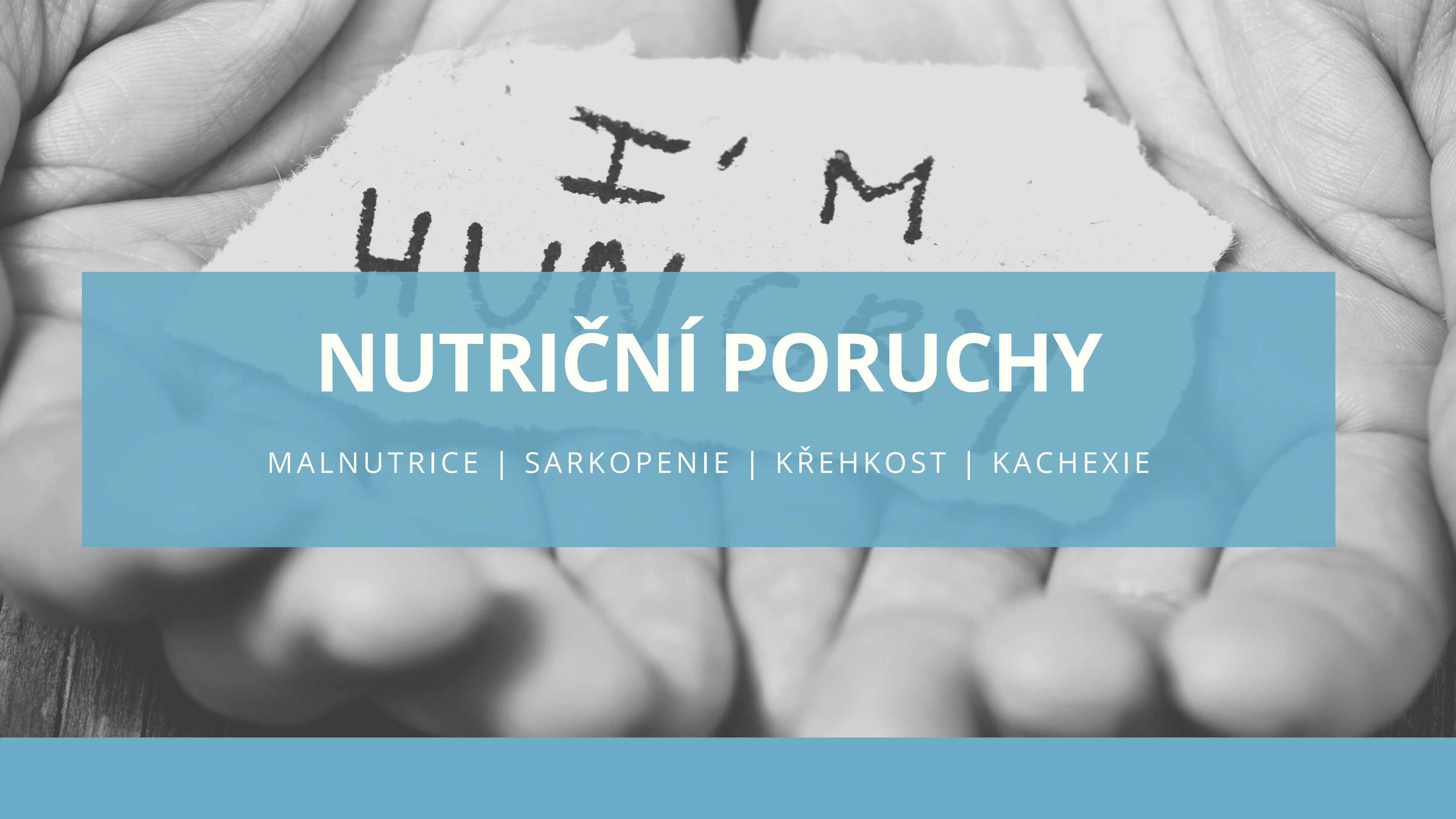
Úvod do problematiky



ČEMU VĚNUJEME POZORNOST?

Otázka výživy a hydratace v paliativní medicíně je široce diskutována a rozhodnutí o podávání či ukončení nutriční podpory nebývá snadné. Indikace musí být součástí komplexní, holistické péče, realizované multidisciplinárním týmem.

Při poskytování paliativní péče je nutné věnovat zvláštní pozornost hodnocení stavu výživy pacienta a včas indikovat nutriční podporu v situaci, kdy pacientovi přináší prokazatelný benefit. Zároveň je nezbytné, aby cíle intervence byly reálné.

A pair of hands is shown holding a small, torn piece of white paper. On the paper, the word "LIFE" is written in a dark, hand-drawn font. The background is a close-up of the hands, showing skin texture and creases. A semi-transparent blue rectangular box is overlaid on the lower half of the image, containing the main title and subtitle in white text.

NUTRIČNÍ PORUCHY

MALNUTRICE | SARKOPENIE | KŘEHKOST | KACHEXIE

DEFINICE

Definujeme jako nedostatečný příjem nebo absorpci potravy (výživy, nutrientů), které vedou k alterované tělesné kompozici (snížení BCM, FFM) a tím ke zhoršení fyzických a psychických funkcí a zhoršené prognóze.

KDY VZNIKÁ?

Malnutrice vzniká v důsledku hladovění, onemocnění (katabolismu) či pokročilému věku (> 80 let a více) samostatně či v kombinaci.

DIAGNOSTIKA?

Dg. - nová GLIM klasifikace z r. 2019.



MALNUTRICE

Clin Nutr. 2017 Feb;36(1):49-64.

GLIM dg.

SCREENING RIZIKA

- za použití validních nástrojů

HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY

Fenotypová kritéria

- neúmyslný váhový úbytek (%)
- nízký BMI (definice pro dospělou populaci / seniory / rasa)
- snížené množství svalové (sarkopenie)

Etiologická kritéria

- snížený příjem / vstřebávání živin
- přítomnost onemocnění / zánětlivý stav

ETIOLOGIE PODVÝŽIVY

- viz dále

ZÁVAŽNOST PODVÝŽIVY

- dle fenotypových kritérií (definujeme 2 stupně)

SARKOPENIE

Sarkopenie je progresivní generalizované onemocnění kosterních svalů spojené se zvýšeným rizikem zdravotních komplikací – pádů, zlomenin, fyzické disability a úmrtí.

Od r. 2019 jedním z předních kritérií v diagnostice malnutrice.

Závažnou sarkopenii definujeme jako kombinaci tří kritérií (vpravo).

Možné definovat pomocí ALM, ASM, SMI.

Age Ageing. 2019 Jan 1;48(1):16-31.



nízká svalová síla



nízké množství svalové hmoty / kvalita



snížená výkonnost

DEFINICE

Křehkost je multifaktoriálně podmíněný pokles potenciálu zdraví ve smyslu zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu s kumulací funkčně závažných deficitů a změn především mentálních, pohybových (hypomobilita, instabilita, sarkopenie) a neméně nutričních (anorexie, neúmyslný pokles hmotnosti).

Křehkost souvisí především s pokročilým věkem, stárí však není definované geriatrickou křehkostí, mnoho seniorů si zachovává funkční zdatnost až do vysokého věku.

1. Neúmyslná ztráta tělesné hmotnosti (více než 4,5 kg za poslední rok).
2. Subjektivně vnímaná vyčerpanost, únava (ačkoliv činnost je vykonávána s námahou / obtížemi).
3. Nízká úroveň pohybové aktivity (<383 kcal/týden pro muže, <270 kcal/týden pro ženy).
4. Pomalá chůze (vzdálenost 4,6 metru ujde za 7 sekund u mužů pod 173 a pod 159 cm u žen za více než 7 sekund).
5. Svalová slabost (nízká síla stisku ruky hodnocená dynamometrem k BMI a pohlaví).

Křehkost

Clin Nutr. 2017 Feb;36(1):49-64.



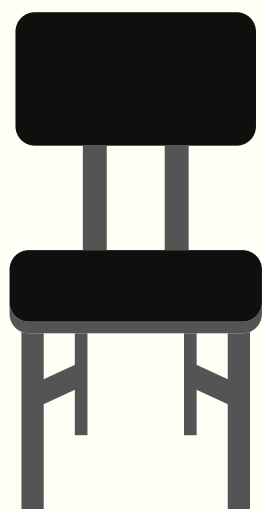
TEST ROVNOVÁHY

Stoj spojný.
Stoj semitandemový.
Stoj tandemový.



TEST RYCHLOSTI CHŮZE

Měření rychlosti chůze na vzdálenost 4 m.



TEST VSTÁVÁNÍ ZE ŽIDLE

Měření rychlosti a schopnosti vstát ze židle
5x za sebo bez pomoci rukou.

SPPB

Krátká škála pro testování fyzické zdatnosti

ETIOLOGIE PODVÝŽIVY

PODVÝŽIVA V NEMOCI SE ZÁNĚTEM

Malnutrice při **akutním**
onemocnění / traumatu

Malnutrice při **chronickém**
onemocnění
- **KACHEXIE** (orgánově
specifická)

PODVÝŽIVA V NEMOCI BEZ ZÁNĚTU

Malnutrice s primárně
nekatabolizujícím
onemocněním.

PODVÝŽIVA BEZ ONEMOCNĚNÍ (Z HLADOVĚNÍ)

Socio-ekonomicky či
psychosociálně podmíněná
podvýživa - **MARASMUS**

Proteinové strádání -
KWASHIORKOR

KACHEXIE

Kachexie je velmi často nesprávně vnímána jako podvýživa v konečném stádiu orgánového onemocnění.

Je popisována jako komplexní metabolický syndrom spojený se základním onemocněním a charakterizovaný ztrátou svalové hmoty s nebo bez ztráty hmoty tukové.

ANOREXIE – nechutenství, odpor k určitým potravinám

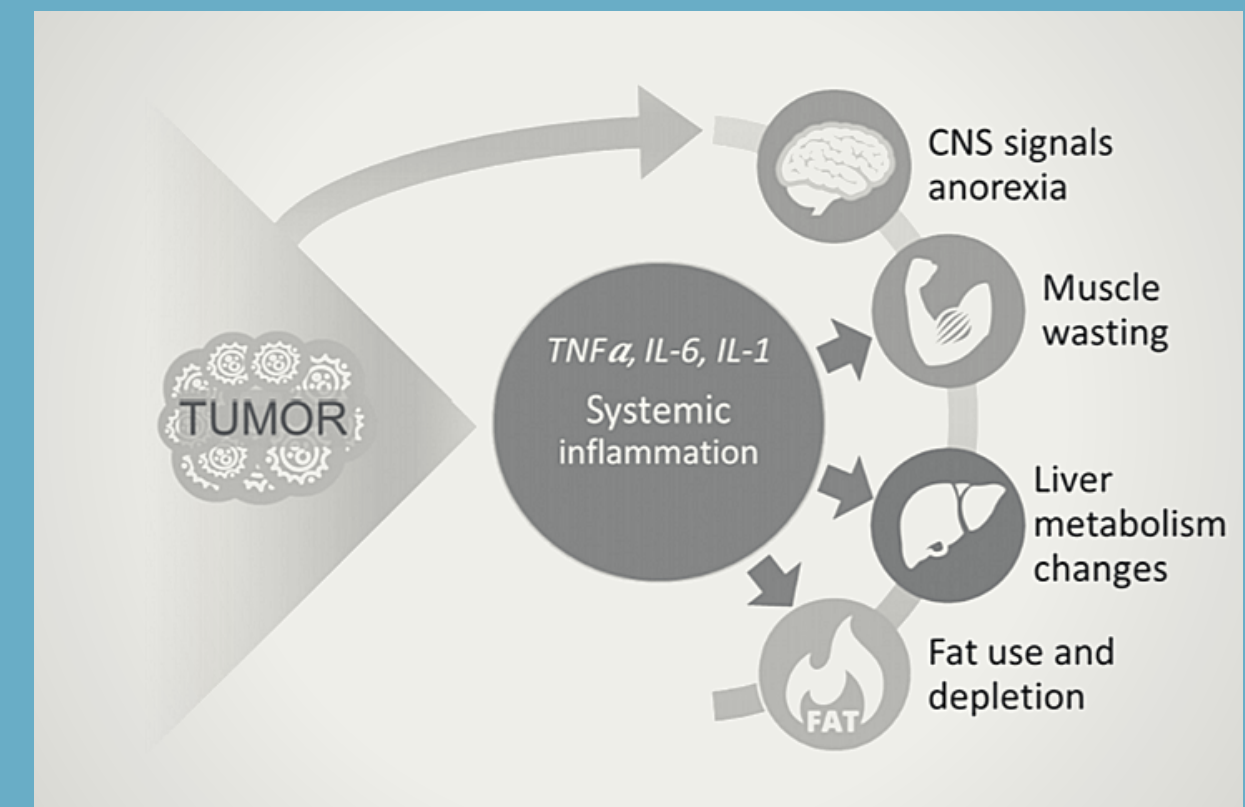
ZMĚNA PERCEPCE – změna chuti k jídlu, vnímání chuti a jídla

DYSPEPTICKÉ OBTÍŽE – pocity na zvracení (nauzea), zvracení, bolesti břicha před jídlem či po jídle, zhoršené trávení, průjem, zácpa

PORUCHY POLYKÁNÍ – odynofagie (bolestivé polykání), dysfagie (porušené polykání), afagie (nemožnost polykat)

ZTRÁTA HMOTNOSTI A ZHORŠENÝ NUTRIČNÍ STAV

NÁDOROVÁ KACHEXIE



STRESOVÝ KATABOLISMUS



KACHEXIE



A photograph of two hands shaking, symbolizing agreement or partnership. The hands are positioned horizontally across the upper half of the image. The hand on the right is wearing a dark leather watch with a white face and black hands. The background is a solid light blue color. A white rectangular box with a blue double quote symbol is positioned above the hands.

“

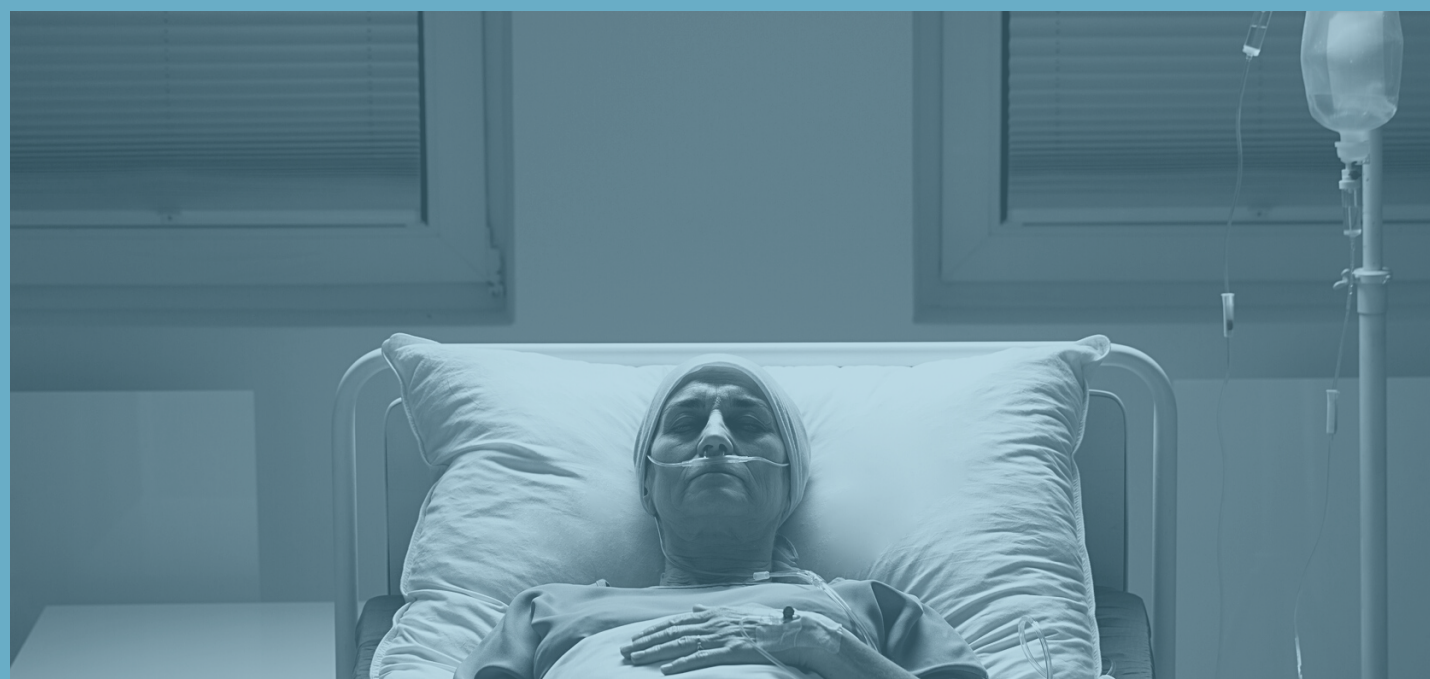
Etické principy "autonomie, činit dobro, neškodit, rozhodovat spravedlivě" platí i pro indikaci nutriční podpory.

ESPEN, 2016



PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče nastupuje v okamžiku konstatování ukončení léčby kauzální, od níž nemůžeme očekávat výrazné zlepšení zdravotního stavu nemocného.



TERMINÁLNÍ PÉČE

V užším slova smyslu je jako terminální péče označována péče v posledních 48-72 hodinách, zatímco **paliativní péče může u některých pacientů trvat i měsíce.**

Výživa a hydratace v paliativní péči

HLAVNÍ ZÁSADY

Při rozhodování o indikaci nutriční podpory dodržujeme základní etické principy.

Pacient **má právo odmítnout léčbu** (v případě, že byl adekvátně informován) i když by odmítnutí poskytované péče vedlo ke smrti.

Jsou-li rizika dané terapie pro konkrétního pacienta větší než možné přínosy, terapii neindikujeme.

Pokud je ukončena umělá výživa a hydratace, nadále usilujeme o udržení co možné nejvyšší kvality života a komfortu pacienta.

Každý jedinec má právo na nejlepší dostupnou péči. Avšak marná a neopodstatněná léčba vedoucí k utrpení či prodlužování umírání je nepřípustná.

UMĚLÁ VÝŽIVA

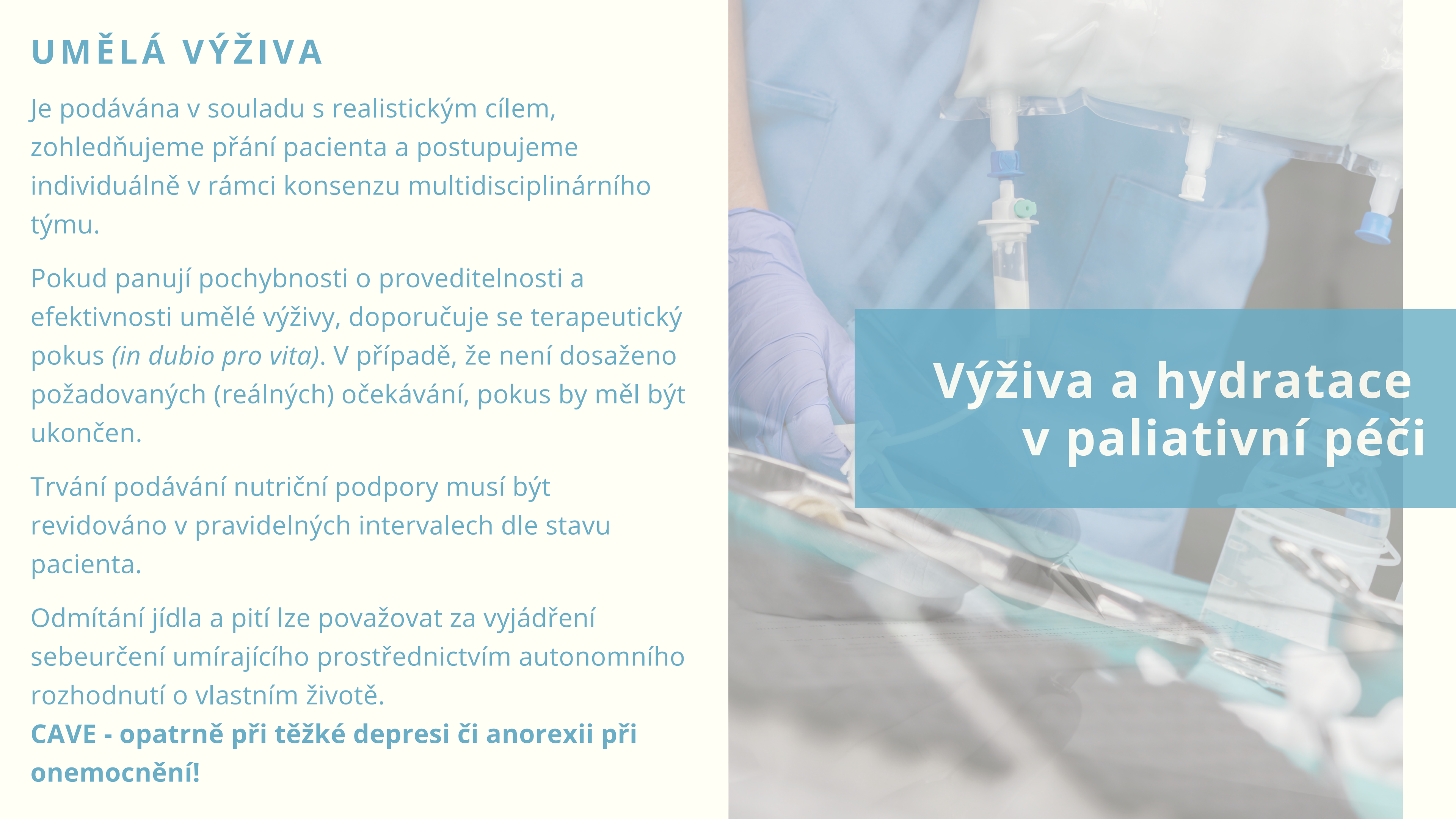
Je podávána v souladu s realistickým cílem, zohledňujeme přání pacienta a postupujeme individuálně v rámci konsenzu multidisciplinárního týmu.

Pokud panují pochybnosti o proveditelnosti a efektivnosti umělé výživy, doporučuje se terapeutický pokus (*in dubio pro vita*). V případě, že není dosaženo požadovaných (reálných) očekávání, pokus by měl být ukončen.

Trvání podávání nutriční podpory musí být revidováno v pravidelných intervalech dle stavu pacienta.

Odmítání jídla a pití lze považovat za vyjádření sebeurčení umírajícího prostřednictvím autonomního rozhodnutí o vlastním životě.

CAVE - opatrně při těžké depresi či anorexii při onemocnění!



Výživa a hydratace
v paliativní péči

PODÁVÁNÍ VÝŽIVY V POKROČILÝCH STAVECH

V případě, že u pacienta byla v období před zahájením terminální péče (v preterminální fázi či dříve) zahájena aplikace umělé výživy, pokračujeme v jejím podávání pouze za předpokladu, že je pacientem dobře tolerována, přispívá ke zmírnění obtíží a důstojnému umírání.

Zavedená nutritivní sonda či kanyla však zpravidla tyto předpoklady nesplňují - představují pro pacienta zátěž a dyskomfort.

Ukončení umělé výživy může být mylně pochopeno jako příkaz "nekrmit" a tedy nechat "zemřít hlady" - pacienti v terminální fázi mohou cítit určité chutě a vůně, hlad a žízeň však akcentují zcela výjimečně.

Úpěnlivé vyžadování podávání stravy, popř. umělé výživy a tekutin ze strany rodiny či ošetřujících může uměle prodlužovat umírání a značně zhoršovat kvalitu života nemocného - komunikace.

U pacienta nastavujeme individuální plán péče a operujeme, pokud to stav dovolí, s termínem **"komfortní krmení"**.

**Výživa a hydratace
v paliativní péči**

Výživa a hydratace v paliativní péči

Ukončení výživy by mělo být doprovázeno i ukončením hydratace s důrazem na svlažování dutiny ústní (tak, aby bylo zabráněno vysychání sliznic).

Žízeň je totiž spojena s dehydratací izotonickou (při pokračování výživy) nikoli s dehydratací hypotonickou (ukončení výživy a hydratace současně).

Dehydratace může mít i pozitivní efekt ve smyslu snížení sekrece v respiračním a gastrointestinálním traktu – snižuje se potřeba odsávání a odpadu GIT (omezení zvracení / stolice / moči).

Dehydratace způsobuje vyplavení vazopresinu a některé výsledky naznačují, že jsou společně s vasopresinem vyplavovány endorfiny snižující vnímání bolesti.

Naopak nadměrná hydratace může vést ke zhoršení edémů, výpotků a kardiální dekompenzaci.

Parenterální hydratace má ovšem velký význam symbolický, proto je někdy nutná alespoň v minimálním objemu s ohledem na kvalitu života pacientovy rodiny.

Kontaktní informace

Mgr. Ing. Tereza Vágnerová

Geriatrická klinika VFN a 1. LF UK

- odborný asistent

- klinický nutriční terapeut



tereza.vagnerova@vfn.cz

+420 225 374 168



www.cant.cz

[@tvagnerova_clinicaldietitian](https://www.instagram.com/tvagnerova_clinicaldietitian)

