



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Κοινό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
Διαχείριση Γήρανσης Και Χρόνιων Νοσημάτων

Διπλωματική Εργασία

Αιτίες προσέλευσης γηριατρικών ασθενών στο παθολογικό ΤΕΠ
και συσχέτισή τους με την τελική διάγνωση. Η σημασία των
άτυπων εκδηλώσεων των νοσημάτων στους ηλικιωμένους.

Αιμιλία Πελεκάνου

Επιβλέπων καθηγητής: Ευστράτιος Μανουλάκας

Πάτρα, Ιούνιος 2023

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



Αιτίες προσέλευσης γηριατρικών ασθενών στο παθολογικό ΤΕΠ
και συσχέτισή τους με την τελική διάγνωση. Η σημασία των
άτυπων εκδηλώσεων των νοσημάτων στους ηλικιωμένους.

Αιμιλία Πελεκάνου

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Ευστράτιος Μανουλάκας

Παθολόγος-Εντατικολόγος

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Μέλος ΣΕΠ-ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Παναγιώτης Ανδριόπουλος

Επίκουρος Καθηγητής Επιδημιολογίας και
Πρόληψης Νοσημάτων

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Πάτρα, Ιούνιος 2023

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συναδέλφους για τη βοήθειά τους
και ένα ακόμη μεγαλύτερο ευχαριστώ στην οικογένειά μου
για την υποστήριξη και την υπομονή.
Με την ελπίδα να γίνουμε καλύτεροι άνθρωποι και γιατροί.

Περίληψη

Οι γηριατρικοί ασθενείς αποτελούν έναν ολοένα και μεγαλύτερο πληθυσμό, που καταφεύγει συχνά στις υπηρεσίες υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και που χρήζει πολυπαραγοντικής και ολοκληρωμένης προσέγγισης εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζει. Μία από αυτές τις ιδιαιτερότητες είναι οι άτυπες εκδηλώσεις των νοσημάτων, η απουσία δηλαδή των χαρακτηριστικών για τους νεότερους ασθενείς συμπτωμάτων και σημείων που βοηθούν στη διάγνωση μίας πάθησης. Οι άτυπες εκδηλώσεις αφορούν σε όλο το φάσμα των νοσολογικών οντοτήτων και σχετίζονται με καθυστέρηση στη διάγνωση και τη θεραπεία, επομένως με δυσμενέστερη πρόγνωση των ασθενών.

Στην παρούσα εργασία έγινε αρχικά ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις άτυπες εκδηλώσεις των συνηθέστερων νοσημάτων στους ηλικιωμένους ασθενείς. Ακολούθως, μελετήθηκε η επίπτωση των άτυπων εκδηλώσεων σε μία ομάδα 110 γηριατρικών ασθενών που προσήλθαν στα ΤΕΠ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στην περιοχή της Αθήνας, καθώς και η συσχέτισή τους με δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες από το ιστορικό και τη νοσηλεία των ασθενών.

Η επεξεργασία των δεδομένων κατέδειξε αυξημένη επίπτωση των άτυπων εκδηλώσεων στους ηλικιωμένους. Παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση αυτών με το επίπεδο λειτουργικότητας των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, καθώς και με τη δυσμενή έκβαση της νοσηλείας. Επιπρόσθετα, οι άτυπες εκδηλώσεις ήταν συχνότερες στους άνδρες με δύο ή περισσότερα υποκείμενα νοσήματα. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση των άτυπων εκδηλώσεων με την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων ή τον τόπο διαμονής των ηλικιωμένων ασθενών.

Η αναγνώριση των άτυπων εκδηλώσεων των νοσημάτων στους ηλικιωμένους ασθενείς απαιτεί επάρκεια γνώσεων και υψηλό βαθμό επαγρύπνησης από τον επαγγελματία υγείας, προκειμένου να διαγνωσθεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί κατάλληλα η νόσος που αποτελεί την πραγματική αιτία προσέλευσης αυτών των ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Λέξεις-κλειδιά

Ηλικιωμένοι, γηριατρικοί ασθενείς, τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), αιτίες προσέλευσης, άτυπες εκδηλώσεις.

Causes of admission of geriatric patients in the Internal Medicine Emergency Department and their correlation with the final diagnosis. The importance of atypical presentations of diseases in the elderly.

Aimilia Pelekanou

Abstract

Geriatric patients represent a constantly increasing part of the population, that often uses the Emergency Department health services and requires multifactorial and comprehensive approach due to its particular characteristics. Among them, the atypical presentations of the diseases, meaning the absence of characteristic for younger patients symptoms and signs that help making a diagnosis. Atypical presentations extend throughout the diseases spectrum and correlate with delays in diagnosis and treatment, therefore with dismal prognosis of patients.

In our study, we initially conducted a thorough review of the literature concerning the atypical presentations of the commonest diseases in the elderly patients. Next, we studied the incidence of atypical presentations in a population of 110 elderly patients admitted in the Internal Medicine Emergency Department of a tertiary University Hospital in the area of Athens, as well as their correlation with demographic data and information drawn by the patients' history and hospitalization.

The analysis of the collected data showed that the elderly patients often presented with atypical presentations. The latter correlated significantly with the functional level of the elderly in the domain of the activities of daily living, as well as the negative outcome of their hospitalization. Moreover, atypical presentations were more frequent in men with two or more concurrent illnesses. No correlation was observed between atypical presentations and elderly patients' family status, number of children or place of residence.

Recognizing the atypical presentations of diseases in the elderly patients requires adequacy of knowledge and a high index of vigilance on behalf of the health professional, aiming at the prompt diagnosis and appropriate treatment of the disease that represents the actual cause of these patients' admission in the Emergency Department.

Keywords

Elderly, geriatric patients, Emergency Department (ED), causes of admission, atypical presentations.

Περιεχόμενα

Περίληψη	v
Abstract	vi
Περιεχόμενα.....	viii
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων	ix
Κατάλογος Πινάκων	x
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	xi
1. Στοιχεία επιδημιολογίας	1
1.1 Γήρανση του πληθυσμού	1
1.2 Ηλικιωμένοι στα ΤΕΠ.....	2
2. Άτυπες εκδηλώσεις νοσημάτων.....	3
2.1 Ορισμός άτυπων εκδηλώσεων	3
2.1 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άτυπων εκδηλώσεων στους ηλικιωμένους.....	3
2.1 Συχνές άτυπες εκδηλώσεις.....	5
3. Άτυπες εκδηλώσεις σε συχνά νοσήματα	6
3.1 Νοσήματα πεπτικού συστήματος.....	6
3.1.1 Κοιλιακό άλγος	6
3.1.2 Οξεία χολοκυστίτιδα.....	7
3.1.3 Οξεία εκκολπωματίτιδα	8
3.1.4 Οξεία σκωληκοειδίτιδα.....	8
3.1.5 Οξεία παγκρεατίτιδα	8
3.1.6 Πεπτικό έλκος.....	9
3.1.7 Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ).....	9
3.1.8 Δυσκοιλότητα	9
3.1.9 Κοιλιοκάκη	10
3.2 Νοσήματα καρδιαγγειακού συστήματος	10
3.2.1 Θωρακικό άλγος	10
3.2.2 Καρδιακή ανεπάρκεια.....	12
3.3 Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).....	13
3.4 Λοιμώξεις.....	14
3.4.1 Λοιμώξεις αναπνευστικού συστήματος.....	15
3.4.2 Λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος	16
3.4.3 Γρίπη.....	17
3.4.4 Νόσος COVID-19.....	17
3.4.5 Λοιμώξεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ).....	17
3.5 Νευρολογικά Νοσήματα	18
3.5.1 Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ).....	18
3.5.2 Επιληπτικές κρίσεις	18
3.6 Αφυδάτωση.....	19
3.7 Διαταραχές λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος	20
3.8 Αναιμία	20
4. Στρατηγικές επιτυχούς αναγνώρισης των άτυπων εκδηλώσεων	22
5. Συλλογή στοιχείων.....	24
6. Αποτελέσματα.....	27
7. Συζήτηση.....	52
8. Συμπέρασμα.....	54
Βιβλιογραφία	55

Κατάλογος εικόνων/σχημάτων

Εικόνα 1-1 Δείκτης Katz. Βαθμός ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής ...	25
Εικόνα 1-2 Δείκτης Lawton-Brody. Κλίμακα εκτελεστικών δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής.....	26
Εικόνα 6-3 Τιμές δείκτη Katz ανά φύλο	30
Εικόνα 6-4. Τιμές δείκτη Lawton-Brody ανά φύλο	32
Εικόνα 6-5 Μέση διάρκεια νοσηλείας (ημέρες) ανά φύλο	33
Εικόνα 6-6 Έκβαση νοσηλείας ανά φύλο	34
Εικόνα 6-7 Αριθμός ασθενών με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση ανά φύλο	42
Εικόνα 6-8 Δείκτης Katz σε ηλικιωμένους άνδρες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση	43
Εικόνα 6-9 Δείκτης Lawton-Brody σε ηλικιωμένους άνδρες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση	44
Εικόνα 6-10 Αριθμός συνοδών νοσημάτων σε ηλικιωμένους άνδρες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση	45
Εικόνα 6-11 Έκβαση νοσηλείας σε ηλικιωμένους άνδρες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση	45
Εικόνα 6-12 Έκβαση νοσηλείας σε ηλικιωμένες γυναίκες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση	47
Εικόνα 6-13 Δείκτης Katz σε ηλικιωμένες γυναίκες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση	48
Εικόνα 6-14 Δείκτης Lawton-Brody σε ηλικιωμένες γυναίκες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση	48

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 6-1 Δημογραφικά στοιχεία ασθενών ανά φύλο	28
Πίνακας 6-2 Αριθμός συνοδών νοσημάτων ανά φύλο	29
Πίνακας 6-3 Συχνότερα συνοδά νοσήματα ανά φύλο	29
Πίνακας 6-4 Τιμές δείκτη Katz ανά φύλο	30
Πίνακας 6-5 Τιμές δείκτη Lawton-Brody ανά φύλο	31
Πίνακας 6-6 Αιτίες προσέλευσης, τελικές διαγνώσεις και συσχέτιση μεταξύ τους ως προς την τυπικότητα της αρχικής εκδήλωσης στους άνδρες	35
Πίνακας 6-7 Αιτίες προσέλευσης, τελικές διαγνώσεις και συσχέτιση μεταξύ τους ως προς την τυπικότητα της αρχικής εκδήλωσης στις γυναίκες	38
Πίνακας 6-8 Συχνότερες αιτίες προσέλευσης ηλικιωμένων ανδρών στα ΤΕΠ	40
Πίνακας 6-9 Συχνότερες αιτίες προσέλευσης ηλικιωμένων γυναικών στα ΤΕΠ	41
Πίνακας 6-10 Αριθμός ασθενών με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση ανά φύλο	41
Πίνακας 6-11 Άτυπες εκδηλώσεις στους άνδρες και συσχέτισή τους με τους δείκτες Katz και Lawton-Brody, τα υποκείμενα νοσήματα και την έκβαση νοσηλείας	43
Πίνακας 6-12 Άτυπες εκδηλώσεις στις γυναίκες και συσχέτισή τους με τους δείκτες Katz και Lawton-Brody, και την έκβαση νοσηλείας	46
Πίνακας 6-13 Συχνότερες αιτίες προσέλευσης των ηλικιωμένων ανδρών στα ΤΕΠ και χαρακτηρισμός τους ως τυπικές ή άτυπες	49
Πίνακας 6-14 Συχνότερες αιτίες προσέλευσης των ηλικιωμένων γυναικών στα ΤΕΠ και χαρακτηρισμός τους ως τυπικές ή άτυπες	50
Πίνακας 6-15 Συχνότερες διαγνώσεις εξόδου στους ηλικιωμένους άνδρες	51
Πίνακας 6-16 Συχνότερες διαγνώσεις εξόδου στις ηλικιωμένες γυναίκες	51

Συντομογραφίες & ακρωνύμια

ΑΕΕ	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
ΓΟΠ	Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΚΑ	Καρδιακή ανεπάρκεια
ΚΝΣ	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΜΣΑΦ	Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΝΒ	Οξεία νεφρική βλάβη
ΟΣΣ	Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο
ΣΔ	Σακχαρώδης διαβήτης
ΠΕ	Πνευμονική εμβολή
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΧΑΠ	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
ΧΝΑ	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
ΑF	Atrial fibrillation
IDSA	Infectious Diseases Society of America
LBBS	Left Bundle Branch Block
LRTI	Lower Respiratory Tract Infection
LDL	Low Density Lipoprotein
TSH	Thyroid Stimulating Hormone
UTI	Urinary Tract Infection

1. Στοιχεία επιδημιολογίας

1.1 Γήρανση πληθυσμού

Το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων αυξάνει χάρη στις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, τουλάχιστον για ένα μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού. Έτσι, ενώ το 2019 ανερχόταν στα 72.8 έτη, το 2050 αναμένεται να φτάσει τα 77.8 έτη. Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων (> 65 ετών) παγκοσμίως ανήλθε σε 221 εκατομμύρια το προηγούμενο έτος, αντιστοιχώντας σε 10% του πληθυσμού, και υπολογίζεται να υπερβεί τα 990 εκατομμύρια το 2050 (16% του παγκόσμιου πληθυσμού). (Life expectancy at birth, 2021; United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2022).

Οι περιοχές που γηράσκουν ταχύτερα είναι αναμενόμενα οι πλέον αναπτυγμένες, Ευρώπη και Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), όπου ένας στους τέσσερις κατοίκους το 2050 θα έχει ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών. Ωστόσο, ακόμη και στην υποσαχάρια Αφρική, όπου οι άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν μόλις το 3% του πληθυσμού, αναμένεται αύξηση του αριθμού τους. (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2022).

Ειδικά για την Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης το 2021, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, ανήλθε στα 80.3 έτη, ενώ το ποσοστό του πληθυσμού που είχε ξεπεράσει τα 65 έτη υπολογίστηκε στο 22.69%, αρκετά πάνω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. (Life expectancy at birth, 2021).

Ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνει δυσανάλογα με τον αριθμό των παιδιών εξαιτίας των χαμηλών ποσοστών γεννητικότητας και γονιμότητας. Είναι χαρακτηριστικό πως, ήδη από πενταετίας, ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών υπερέβη τον αντίστοιχο των παιδιών κάτω των πέντε ετών. (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2022).

1.2 Ηλικιωμένοι στα ΤΕΠ

Με δεδομένη τη γήρανση του πληθυσμού και τα προβλήματα υγείας που ανακύπτουν εξαιτίας της, δεν προξενεί εντύπωση το γεγονός πως σχεδόν τέσσερις στους δέκα ασθενείς που προσέρχονται στα ΤΕΠ είναι μεγαλύτεροι των 65 ετών, αναλογία που αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. Μάλιστα, όσο ο πληθυσμός γηράσκει τόσο πυκνότερες είναι οι επισκέψεις στα ΤΕΠ. Ενδεικτικά, εκτιμάται ότι οι μισοί ασθενείς άνω των 90 ετών θα επισκεφτούν τα ΤΕΠ τουλάχιστον μία φορά, ειδικά αν διαβιούν σε μονάδες φροντίδας. Οι γυναίκες, όπως αναμένεται, επικρατούν και σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες. (Woitok, Ravioli, Funk & Lindner, 2020, p 201-2; Ukkonen, Jämsen, Zeitlin & Pauniahho, 2019, p 5).

Μελέτη του 2013 στη Φινλανδία κατέγραψε ως συχνότερες αιτίες προσέλευσης στα ΤΕΠ των ατόμων άνω των 65 ετών τα καρδιαγγειακά προβλήματα, τις μυοσκελετικές κακώσεις, τις διαταραχές του πεπτικού συστήματος, τα αναπνευστικά και νευρολογικά προβλήματα. Μερικά χρόνια αργότερα, στην ίδια χώρα, διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι άνω των 80 ετών προσέρχονταν στα ΤΕΠ συνήθως εξαιτίας λοιμώξεων αναπνευστικού, κακουχίας και κόπωσης, καρδιακής ανεπάρκειας και κολπικής μαρμαρυγής. Νοτιότερα, μια ιταλική αναδρομική μελέτη της ίδιας χρονιάς συμπεριέλαβε στις συχνότερες αιτίες προσέλευσης των ηλικιωμένων στα ΤΕΠ τη δύσπνοια και τη θωρακαλγία, το κοιλιακό άλγος και τα νευρολογικά συμβάματα. Τα νευρολογικά συμβάματα καταγράφηκαν ως η πρώτη αιτία προσέλευσης στα ΤΕΠ για τους μεγαλύτερους των 85 ετών ασθενείς. Από την άλλη πλευρά του Ατλαντικού, οι λοιμώξεις αναφέρονται ως αίτιο προσέλευσης στα ΤΕΠ για το 13,5% των ηλικιωμένων. Αξίζει να σημειωθεί ότι άτυπα ή μη ειδικά συμπτώματα καταγράφονται ως αιτίες προσέλευσης σε ποσοστά που ανέρχονται στο 20-30% των ηλικιωμένων. (Routasalo, Suominen, & Steinmiller, 2015, p 295-8; Covino, et al, 2019, p 8; Ukkonen, Jämsen, Zeitlin & Pauniahho, 2019, p 3-4).

2. Άτυπες εκδηλώσεις νοσημάτων

2.1 Ορισμός άτυπων εκδηλώσεων

Αν και δεν υπάρχει ομόφωνος ορισμός στη βιβλιογραφία, ως άτυπες χαρακτηρίζονται γενικά οι εκδηλώσεις μίας πάθησης που δεν είναι οι συνήθεις. Στην περίπτωση των ηλικιωμένων, οι άτυπες διαφέρουν από τις τυπικές εκδηλώσεις της ίδιας πάθησης στους νεότερους ασθενείς. Στις άτυπες εκδηλώσεις γενικά περιλαμβάνονται οι ακόλουθες κατηγορίες:

- Οι ασαφείς εκδηλώσεις: αφορούν σε μη ειδικά συμπτώματα και σημεία κατά την κλινική εξέταση, καθώς και σε αλλαγές στη λειτουργικότητα ή τη συμπεριφορά του ηλικιωμένου. Λόγου χάρη, η καταβολή ή η διαταραχή του επιπέδου επικοινωνίας εξαιτίας μίας λοίμωξης.
- Οι διαφορετικές εκδηλώσεις: αναφέρονται σε απουσία των τυπικών για μία νόσο συμπτωμάτων ή/ και σημείων. Ενδεικτικά αναφέρεται η απουσία πυρετού σε περιπτώσεις λοιμώξεων.
- Η απουσία εκδηλώσεων: περιλαμβάνει παθολογικές καταστάσεις που δε διαγιγνώσκονται ακόμη και για χρόνια, καθώς θεωρούνται αναμενόμενα αποτελέσματα της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης. Για παράδειγμα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα συχνά θεωρείται εκφυλιστικής φύσης και δεν αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη αγωγή. (Perissinotto & Ritchie, 2014, p 45; Perry, Tejada & Melady, 2018, p 302; Limpawattanaa, Phungoenb, Mitsungnernb, Laosuankoon & Tansangworn, 2015, p 99; Englert & Ross, 2015, p 178).

2.2 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άτυπων εκδηλώσεων

Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης άτυπων εκδηλώσεων στους ηλικιωμένους σχετίζονται καταρχήν με τις επαγόμενες από την ηλικία μεταβολές στις λειτουργίες του σώματος και τη μείωση των φυσιολογικών εφεδρειών. Ως παραδείγματα

μπορούν να αναφερθούν η σταδιακή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και η μειωμένη ικανότητα αύξησης της καρδιακής συχνότητας σε περιπτώσεις stress. Εξυπακούεται πως όσο μεγαλώνει ο ηλικιωμένος, ιδιαίτερα μετά τα 85 έτη, τόσο οι μεταβολές αυτές γίνονται εμφανέστερες. (Limpawattanaa, Phungoenb, Mitsungnernb, Laosuangkoon & Tansangworn, 2015, p 97-8; Perissinotto, & Ritchie, 2014, p 45-6).

Εξαιτίας αυτών, οι ηλικιωμένοι πάσχουν συχνά και ταυτόχρονα από περισσότερα από δύο νοσήματα και λαμβάνουν τα αντίστοιχα φάρμακα. Εκτιμάται ότι ένας στους πέντε ηλικιωμένους άνω των 75 ετών πάσχει από τουλάχιστον τρία χρόνια συνοδά νοσήματα, με συνέπεια να διατρέχει αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση αναπηρίας. Οι συννοσηρότητες και η συνακόλουθη πολυφαρμακία δημιουργούν πολλές φορές μία σύγχυση σχετικά με το κυρίαρχο πρόβλημα στην παρούσα φάση. Επιπρόσθετα, η πολυφαρμακία, που ορίζεται ως η κατανάλωση τουλάχιστον πέντε διαφορετικών φαρμακευτικών σκευασμάτων την ίδια χρονική περίοδο, συνδέεται στενά με την αυξημένη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών και μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων, οι οποίες πιθανώς ευθύνονται για την κλινική εικόνα του ασθενή. Ένας ηλικιωμένος που προσέρχεται με χαμηλή αρτηριακή πίεση και διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας μπορεί να είναι σηπτικός στα πλαίσια λοίμωξης ή/ και να έχει σοβαρή υπονατριάμια εξαιτίας του διουρητικού που λαμβάνει. Η διάκριση δεν είναι συνήθως άμεσα εμφανής. (Bellelli, et al, 2014; Limpawattanaa, Phungoenb, Mitsungnernb, Laosuangkoon & Tansangworn, 2015, p 98; Perry, Tejada & Melady, 2018, p 302; Perissinotto, & Ritchie, 2014, p 45-6; Perry, Tejada & Melady, 2018, p 302).

Η προϋπάρχουσα γνωσιακή ή/ και λειτουργική έκπτωση του ηλικιωμένου δυσχεραίνουν την προσπάθεια ανεύρεσης του κύριου νέου συμπτώματος ή σημείου, που θα βοηθήσει στη σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Ένας ηλικιωμένος που πάσχει από άνοια δεν είναι συνήθως σε θέση να δώσει σαφές ιστορικό ή να συνεργαστεί κατά την κλινική εξέταση. (Limpawattanaa, Phungoenb, Mitsungnernb, Laosuangkoon & Tansangworn, 2015, p 98; Perry, Tejada & Melady, 2018, p 302; Perissinotto & Ritchie, 2014, p 45-6).

2.3 Συχνές άτυπες εκδηλώσεις

Οι συχνότερες άτυπες εκδηλώσεις των νοσημάτων στους ηλικιωμένους είναι οι ακόλουθες: (Perissinotto & Ritchie, 2014, p 46; Limpawattanaa, Phungoenb, Mitsungnernb, Laosuangkoon & Tansangworn, 2015, p 99).

- Απουσία πυρετού (η συχνότερη),
- Απουσία πόνου,
- Αδυναμία ή άρνηση σίτισης και πρόσληψης ύδατος- ανορεξία,
- Πτώσεις,
- Ακράτεια ούρων,
- Μεταβολές στο επίπεδο επικοινωνίας και εγρήγορσης- ντελίριο,
- Αδυναμία και κόπωση, ζάλη,
- Επιδείνωση του επιπέδου λειτουργικότητας

3. Άτυπες εκδηλώσεις σε συχνά νοσήματα

3.1 Νοσήματα πεπτικού συστήματος

3.1.1 Κοιλιακό άλγος

Το κοιλιακό άλγος συγκαταλέγεται στις 5 συχνότερες αιτίες προσέλευσης των ηλικιωμένων στα ΤΕΠ. Η καθυστέρηση στη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας, καθώς σχετίζεται με διπλασιασμό της θνητότητας, τουλάχιστον για τους ασθενείς άνω των 80 ετών. (Leuthauser & McVane, 2016, p 363). Ωστόσο, η διάγνωση και η διαφορική διάγνωση του κοιλιακού άλγους παρουσιάζουν αρκετές δυσκολίες στους ηλικιωμένους. Ενδεικτικά αναφέρονται οι ακόλουθες:

- Δυσχέρεια στη λήψη ιστορικού. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ή/ και οι συνοδοί τους έχουν την τάση να υποεκτιμούν ή να αποδίδουν διάφορα συμπτώματα στη φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης, με αποτέλεσμα να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζουν συχνά διαταραχές της όρασης ή της ακοής, έκπτωση της μνήμης ή/και των γνωσιακών λειτουργιών, γεγονός που έχει ως συνέπεια την καθυστερημένη αντίληψη της υποκείμενης παθολογίας αλλά και τη δυσχερή περιγραφή της στο περιβάλλον. (Leuthauser & McVane, 2016, p 364; Martinez & Mattu, 2006, p 372).
- Μεταβολές στους μηχανισμούς άμυνας. Με την πάροδο της ηλικίας επέρχεται μείωση της λειτουργικότητας των Τ-λεμφοκυττάρων και διαταραχή στην ακεραιότητα των φυσικών φραγμών που αποτρέπουν την είσοδο των μικροοργανισμών στο σώμα, όπως είναι το δέρμα και οι βλεννογόνοι. Συνεπώς, οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο ευπαθείς στις λοιμώξεις συγκριτικά με τους νεότερους. Επιπρόσθετα, η αντίληψη του πόνου είναι πιο αμβληχή και αδρή στους ηλικιωμένους εξαιτίας μεταβολών στη λειτουργία των περιφερικών νεύρων. Απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, όπως η περιτονίτιδα, δεν παρουσιάζονται με το οξύ και έντονο κοιλιακό άλγος που αναμένεται. Τέλος, εκτιμάται πως περίπου ένας στους τρεις ηλικιωμένους δεν παρουσιάζει τη χαρακτηριστική σε περιπτώσεις φλεγμονής/λοιμώξης αύξηση του

αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος. (Leuthauser & McVane, 2016, p 364; Martinez & Mattu, 2006, p 372).

- Ιδιαιτερότητες στην αντικειμενική εξέταση. Η ελαττωμένη μυϊκή μάζα στο κοιλιακό τοίχωμα των ηλικιωμένων ευθύνεται για τη λιγότερο συχνή εμφάνιση σημείων περιτοναϊσμού ακόμη και σε καταστάσεις όπως η διάτρηση μίας φλεγμαίνουσας σκωληκοειδούς απόφυσης. Η υπόταση σε περίπτωση καταπληξίας μπορεί να φανεί με καθυστέρηση σε ηλικιωμένο με γνωστή χρόνια αρτηριακή υπέρταση. (Leuthauser & McVane, 2016, p 364; Martinez & Mattu, 2006, p 373).
- Πολυφαρμακία. Υπάρχουν πολλά φάρμακα που οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν συχνά και που είτε δρουν ως αιτιολογικοί παράγοντες είτε τροποποιούν την κλινική εικόνα διαφόρων νοσημάτων. Έτσι, τα ΜΣΑΦ αυξάνουν τον κίνδυνο πεπτικού έλκους, τα αντιμικροβιακά σχετίζονται με κολίτιδα, τα αντιχολινεργικά ενοχοποιούνται για δυσκοιλιότητα, ενώ η μετοφορμίνη, η διγοξίνη και η κολχικίνη μπορούν να προκαλέσουν κοιλιακό άλγος ως ανεπιθύμητη ενέργεια. Από την άλλη πλευρά, τα κορτικοειδή με την αντιφλεγμονώδη δράση τους «καλύπτουν» τον πόνο και τον πυρετό και προκαλούν λευκοκυττάρωση, οι β-αδρενεργικοί αποκλειστές «καλύπτουν» την ταχυκαρδία, και τα οπιοειδή αναλγητικά αμβλύνουν την αίσθηση του πόνου. (Leuthauser & McVane, 2016, p 364; Martinez & Mattu, 2006, p 372).

Ακολουθούν ορισμένα χαρακτηριστικά παραδείγματα ενδοκοιλιακών νοσολογικών οντοτήτων με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν στους ηλικιωμένους.

3.1.2 Οξεία χολοκυστίτιδα

Παρόλο που οι χολόλιθοι είναι συχνοί στους ηλικιωμένους (33-50% άνω των 70 ετών), η οξεία χολοκυστίτιδα στις μισές περίπου περιπτώσεις δε συνοδεύεται από άλγος, πυρετό, ναυτία ή έμετο. Σε συμφωνία με αυτήν την παρατήρηση, πρόσφατη ιταλική αναδρομική μελέτη κατέγραψε ως αρχικά συμπτώματα οξείας χολοκυστίτιδας σε ασθενείς άνω των 65 ετών το κοιλιακό άλγος (57.5%), τον πυρετό (42,9%) και τον έμετο (24%). Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα μικρό ποσοστό ασθενών (5.6%) παρουσιάστηκαν με διαρροϊκές κενώσεις. (Rosa, et al, 2021, p 1622; Martinez & Mattu, 2006, p 378).

3.1.3 Οξεία εκκολπωματίτιδα

Η πλειονότητα των ηλικιωμένων (ποσοστό μεγαλύτερο από 60%) έχει εκκολπώματα παχέος εντέρου χωρίς να παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα. Υπολογίζεται ότι 10-25% θα παρουσιάσουν επεισόδιο οξείας εκκολπωματίτιδας. Ωστόσο, ένας στους τρεις δε θα έχει ευαισθησία στην ψηλάφηση, ενώ ο πυρετός και η λευκοκυττάρωση μπορεί να απουσιάζουν. Σε περιπτώσεις μάλιστα όπου η φλεγμονή του εκκολπώματος επεκτείνεται στην ουροδόχο κύστη ή τον ουρητήρα, είναι πιθανή η εμφάνιση πυουρίας ή αιματουρίας. Σε πρόσφατη καταγραφή, οι Covino et al κατέδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς (> 80 ετών) με οξεία εκκολπωματίτιδα παρουσίαζαν συχνότερα απώλεια αίματος από το ορθό, συγκοπτικό επεισόδιο, θωρακαλγία και κόπωση, και σπανιότερα πυρετό και κοιλιακό άλγος συγκριτικά με νεότερες ηλικίες. (Leuthauser & McVane, 2016, p 368; Martinez & Mattu, 2006, p 380-1; Covino et al, 2021, p 10, 13).

3.1.4 Οξεία σκωληκοειδίτιδα

Αν και λιγότερο συχνή στους ηλικιωμένους, χαρακτηρίζεται από υψηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα, καθώς δε διαγιγνώσκεται έγκαιρα στους μισούς από τους πάσχοντες. Συχνότερα παρατηρούνται ναυτία, έμετος και συμπτώματα απόφραξης του εντέρου. Πυρετός, ανορεξία, άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και λευκοκυττάρωση μπορεί να απουσιάζουν, τουλάχιστον στο ένα τρίτο των ηλικιωμένων ασθενών. Μολονότι στη βιβλιογραφία καταγράφονται διαφορετικές θέσεις σχετικά με τη συχνή ύπαρξη ή όχι άτυπων εκδηλώσεων, η κυρίαρχη τάση είναι να αποφεύγεται η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας στους ηλικιωμένους με βάση μόνο την κλινική εικόνα. (Leuthauser & McVane, 2016, p 368; Martinez & Mattu, 2006, p 381-2; Fugazzola et al, 2020, p 3).

3.1.5 Οξεία παγκρεατίτιδα

Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση παγκρεατίτιδας, κυρίως εξαιτίας ύπαρξης χολολίθων και δευτερευόντως εξαιτίας κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης. Η έναρξη του άλγους μπορεί να είναι όψιμη, με συνέπεια την καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Η ίδια η ηλικία, όπως είναι έκδηλο από τις κλίμακες βαρύτητας της οξείας παγκρεατίτιδας, αποτελεί παράγοντα δυσμενούς εξέλιξης της νόσου. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι ασθενείς κινδυνεύουν περισσότερο από ανεπάρκεια οργάνων και παρουσιάζουν

αυξημένη διάρκεια νοσηλείας και θνητότητα, καθώς και μεγαλύτερο κίνδυνο διασωλήνωσης και παραμονής σε ΜΕΘ. (Carvalho, Fernandes, Santos, Moura, Antunes & Velosa, 018, p 337-338 ; Koziel, Gluszek-Osuch, Suliga, Zak & Gluszek, 2019, p 34-35; Leuthauser & McVane, 2016, p 367).

3.1.6 Πεπτικό έλκος

Εμφανίζει αυξημένη επίπτωση, νοσηρότητα (ποσοστό επιπλοκών) και θνητότητα στους ηλικιωμένους, που αναζητούν ιατρική βοήθεια συνήθως εξαιτίας ανορεξίας, ναυτίας, εμέτου και απώλειας βάρους, κυρίως επί χρονίου πεπτικού έλκους. Ο πόνος απουσιάζει τουλάχιστον στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Ακόμη και η διάτρηση του έλκους μπορεί να μην προκαλέσει έντονο άλγος ή περιτοναϊσμό κατά την κλινική εξέταση. Εντυπωσιακή είναι η συχνά παρατηρούμενη, στην περίπτωση διάτρησης, απουσία ελεύθερου αέρα υποδιαφραγματικά στην ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση. (Leuthauser & McVane, 2016 p 367; Martinez & Mattu, 2006, p 379-80; Franceschi, Di Mario, Leandro, Maggi & Pilotto, 2009; p 844; Hall, 2014, p 263).

3.1.7 Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ)

Οι ηλικιωμένοι γενικώς ανέχονται καλώς τα συμπτώματα της ΓΟΠ και αιτιώνται σε μικρότερο βαθμό οπισθοστερνικό καύσο ή πόνο. Αντίθετα, προσέρχονται κυρίως εξαιτίας δυσφαγίας, ανορεξίας, απώλειας σωματικού βάρους ή αναιμίας. Δε λείπουν οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ασθενείς με συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα, όπως χρόνιας βήχας, βράγχος φωνής, λαρυγγίτιδα ή ανθεκτικό στη θεραπεία άσθμα, αποδεικνύεται τελικά ότι πάσχουν από ΓΟΠ. (Kurin & Fass, 2019; Hall, 2014, p 259; Franceschi, Di Mario, Leandro, Maggi & Pilotto, 2009; p 841-2).

3.1.8 Δυσκοιλιότητα

Η επίπτωση της δυσκοιλιότητας αυξάνει με την ηλικία σε ποσοστά που κυμαίνονται στη βιβλιογραφία από 20 ως 40%, ανάλογα με το είδος της μελέτης (αν είναι μελέτη αυτοαναφοράς ή όχι). Το βέβαιο είναι ότι το ποσοστό εξακοντίζεται σε άνω του 50% στους τροφίμους των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων. Φαίνεται πως η ίδια η ηλικία δεν

επιβραδύνει την ταχύτητα κένωσης του παχέος εντέρου, αλλά σχετίζεται με διαταραχές στις νευρομυϊκές συνάψεις του μυεντερικού πλέγματος του εντέρου και με μεταβολές στο μυϊκό τόνο του σφιγκτήρα του πρωκτού. Επιπροσθέτως των αλλαγών αυτών, η προχωρημένη ηλικία σχετίζεται με καταστάσεις και νοσήματα που συνδέονται με τη δυσκοιλιότητα, όπως η μειωμένη πρόσληψη ύδατος, η κακή διατροφή, η ιδρυματοποίηση, η νόσος Parkinson, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η κατάθλιψη, ο σακχαρώδης διαβήτης και ο υποθυρεοειδισμός. Τέλος, η δυσκοιλιότητα μπορεί να προκαλείται από φάρμακα που οι ηλικιωμένοι καταναλώνουν συχνά. Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται τα οπιοειδή αναλγητικά, τα αντιχολινεργικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου. (Liang, 2016, p 508; Deb, O Prichard & Bharucha, 2020, p 54-56; Gallegos-Orozco, Foxx-Orenstein, Sterler & Stoa, 2012, p 18-20).

Σε ό,τι αφορά στην κλινική εικόνα, αξίζει να σημειωθεί ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν σοβαρότερες μορφές δυσκοιλιότητας, συνήθως επώδυνες, παρουσιάζουν και περισσότερες ατυπίες. Είναι πιθανό να εμφανίζουν συμπτώματα από το ανώτερο γαστρεντερικό σύστημα, όπως δυσφαγία και δυσπεψία, σεξουαλικά προβλήματα και διαταραχές στην ούρηση, άγχος και καταθλιπτική συμπεριφορά. (Deb, O Prichard & Bharucha, 2020, p 56).

3.1.9 Κοιλιοκάκη

Δεν αποτελεί πλέον σπάνιο νόσημα στους ηλικιωμένους, καθώς η επίπτωσή της εκτιμάται σε 19-34%. Εντούτοις, τα συμπτώματα από το πεπτικό είναι ήπια και συχνά η διάγνωση τίθεται στα πλαίσια διερεύνησης σιδηροπενικής αναιμίας και έλλειψης βιταμινών και ιχνοστοιχείων. (Cappello, Morreale & Licata, 2016, p 41- 43).

3.2 Νοσήματα καρδιαγγειακού συστήματος

3.2.1 Θωρακικό άλγος

Το θωρακικό άλγος αναφέρεται ως τη συχνότερη αιτία προσέλευσης των ηλικιωμένων στα ΤΕΠ και η διαφορική του διάγνωση περιλαμβάνει δύο από τα σοβαρότερα οξέα συμβάματα,

το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) και την πνευμονική εμβολή (ΠΕ). (Perry, Tejada & Melady, 2018, p 302-3).

- Πνευμονική εμβολή.

Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση ΠΕ, κυρίως εξαιτίας της αυξημένης επίπτωσης κακοήθων νεοπλασμάτων, κλινοστατισμού και παχυσαρκίας. Ωστόσο, η διάγνωση διαλάθει συχνά ή τίθεται με καθυστέρηση, η οποία είναι τόσο μεγαλύτερη όσο πιο ηλικιωμένος ο ασθενής. Είναι αξιοσημείωτο ότι το ένα τρίτο των πνευμονικών εμβολών διαγιγνώσκεται μετά θάνατον. Αυτό συμβαίνει, αφενός μεν επειδή τα συνυπάρχοντα καρδιοαναπνευστικά νοσήματα, όπως η ΧΑΠ ή η καρδιακή ανεπάρκεια, παρουσιάζουν παρόμοια κλινική εικόνα, αφετέρου δε επειδή δεν υπάρχει η κλασική κλινική εικόνα. Επιπλέον, η συνύπαρξη συμπτωματικής εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και ΠΕ δεν είναι ο κανόνας στους ηλικιωμένους. (Chan, Ngian, Hsu, Frankel & Ong, 2020, p 630; Robert-Ebadi & Righini, 2014; p 343; Kokturk, Oguzulgen, Demir, Demirel & Ekim, 2005, p 985; Rogers, 2007, p 414-5).

Η δύσπνοια παραμένει το συχνότερο σύμπτωμα της πνευμονικής εμβολής. Ωστόσο, αν και υπάρχουν διαφορές στις μελέτες, η δύσπνοια μπορεί να απουσιάζει μέχρι και στους μισούς ηλικιωμένους με ΠΕ. Ποσοστό που ανέρχεται στο 30% των πασχόντων δεν εμφανίζουν ταχύπνοια ή ταχυκαρδία, σημεία που στους ηλικιωμένους δε σχετίζονται ισχυρά με ΠΕ. Το πλευριτικού τύπου άλγος και η αιμόπτυση δεν είναι τόσο συχνά, σε αντίθεση με τα συγκοπτικά επεισόδια, τα οποία εμφανίζουν τριπλάσια συχνότητα στους ηλικιωμένους, πιθανώς εξαιτίας των μειωμένων εφεδρειών του καρδιαγγειακού και αναπνευστικού συστήματος. Τέλος, η ειδικότητα των D-dimers για τη διάγνωση της ΠΕ μειώνεται με την ηλικία, δυσχεραίνοντας περαιτέρω τη διάγνωση. (Chan, Ngian, Hsu, Frankel & Ong, 2020, p 630; Robert-Ebadi & Righini, 2014, p 343-4; Kokturk, Oguzulgen, Demir, Demirel & Ekim, 2005, p 985; Rogers, 2007, p 415-7; Paruthi & Paniagua, 2014, p 483).

- Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

Το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) ευθύνεται για σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα στους ηλικιωμένους, που αυξάνονται αναλογικά με την ηλικία. Εκτιμάται ότι τα δύο τρίτα των σχετικών εισαγωγών αφορούν σε ηλικίες άνω των 65 ετών, με τις μισές να αφορούν ηλικίες άνω των 75 ετών. Οι αιτίες πρέπει να αναζητηθούν στην αυξημένη επίπτωση χρόνιων νοσημάτων, όπως καρδιακή ανεπάρκεια και αρτηριακή υπέρταση, αλλά και καταστάσεων όπως οι λοιμώξεις ή η αφυδάτωση, που μπορούν

να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες σε μία χρόνια σταθερή στεφανιαία νόσο. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων δε γνωρίζουν ότι έχουν στεφανιαία νόσο πριν από την πρώτη εκδήλωση του ΟΣΣ. (Kayani, Khan, Deshotels & Jneid, 2020, p 51; Engberding & Wenger, 2017, p 1793; Tresch & Alla, 2007; p 337).

Όσον αφορά στη συμπτωματολογία, μόλις οι μισοί ηλικιωμένοι 65-75 ετών με ΟΣΣ προσέρχονται με στηθάγχη, ποσοστό που μειώνεται ακόμη περισσότερο (40%) σε μεγαλύτερες ηλικίες (>75 ετών). Ιδιαίτερα η στηθάγχη προσπαθείας δεν μπορεί να είναι συχνή σε ασθενείς με μειωμένη κινητικότητα. Αντιθέτως, η δύσπνοια αποτελεί το κύριο σύμπτωμα σε ηλικιωμένο με ΟΣΣ, ενώ περίπου ένας στους πέντε ασθενείς αιτιάζεται εφίδρωση, ναυτία, έμετο ή διακομίζεται με συγκοπτικό επεισόδιο. Τα άτυπα συμπτώματα είναι συχνότερα σε ηλικιωμένους με διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών και δυσκολία στην επικοινωνία. Αναφέρεται πως ειδικά για τους μεγαλύτερους των 85 ετών, η άτυπη εκδήλωση του ΟΣΣ αποτελεί τον κανόνα παρά την εξαίρεση. (Kayani, Khan, Deshotels & Jneid, 2020, p 51; Engberding & Wenger, 2017, p 1793; Tresch & Alla, 2007, p 338).

Εκτός από τη συμπτωματολογία, και ο παρακλινικός έλεγχος παρουσιάζει ατυπίες. Έτσι, η συχνή ανεύρεση αποκλεισμού του αριστερού σκέλους του δεματίου του His (LBBB) στο ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) καθιστά δύσκολη την εκτίμηση οξείας ισχαιμίας. Επιπλέον, η χαρακτηριστική της οξείας ισχαιμίας του μυοκαρδίου αύξηση της τιμής της τροπονίνης (TnI) του αίματος μπορεί να οφείλεται στη συνυπάρχουσα χρόνια νεφρική νόσο ή καρδιακή ανεπάρκεια και όχι σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. (Kayani, Khan, Deshotels & Jneid, 2020, p 52; Engberding & Wenger, 2017, p 1793).

3.2.2 Καρδιακή ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) συνιστά ένα κλινικό σύνδρομο που για πολλούς θεωρείται πλέον γηριατρικό, καθώς η επίπτωσή του αυξάνει στους άνω των 65 ετών και μάλιστα αναλογικά με την ηλικία. Οι λόγοι είναι αρκετοί και αφορούν κατά πρώτο λόγο στις μεταβολές που η ηλικία επιφέρει στο καρδιαγγειακό σύστημα. Επιγραμματικά αναφέρονται η μικρότερη ανταπόκριση της καρδιάς στη διέγερση των β-αδρενεργικών υποδοχέων, η υπερτροφία των μυοκαρδιακών κυττάρων και η αύξηση της ακαμψίας των αγγείων. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα είναι η αδυναμία αύξησης της καρδιακής συχνότητας στο μέγιστο, η επηρεασμένη πλήρωση της

αριστερής κοιλίας και η αρτηριακή υπέρταση. Συνυπάρχοντα νοσήματα όπως η χρόνια νεφρική νόσος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία επιβαρύνουν τις καρδιακές εφεδρείες. (Panjraht & Ahmed, 2017, p 427; Dharmarajan & Rich, 2017, p 419-421).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια προφανώς μπορεί να παρουσιαστούν με τα κλασικά συμπτώματα της δύσπνοιας, ορθόπνοιας ή των οιδημάτων κάτω άκρων. Στο σημείο αυτό, αξίζει κανείς να λάβει υπόψιν πως η αύξηση του σωματικού βάρους εξαιτίας των οιδημάτων συχνά δεν αξιολογείται και αποδίδεται στη γήρανση. Εντούτοις, πολλές φορές οι εκδηλώσεις της ΚΑ είναι άτυπες και συνήθως περιλαμβάνουν κόπωση, άλγος στηθαγχικού τύπου, συγκοπτικό επεισόδιο, ολιγουρία, νυκτουρία, γνωσιακή έκπτωση. Ένα ενδιαφέρον σύμπτωμα της καρδιακής ανεπάρκειας είναι το πρόωρο αίσθημα κορεσμού κατά τη σίτιση και η συνακόλουθη μείωση της όρεξης εξαιτίας του οιδήματος του γαστρικού βλεννογόνου. (Panjraht & Ahmed, 2017, p 436; Dharmarajan & Rich, 2017, p 419-421).

3.3 Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Η επίπτωση της ΧΑΠ αυξάνει με την ηλικία, πιθανώς εξαιτίας της αθροιστικής επίδρασης σημαντικών παραγόντων κινδύνου, όπως είναι το κάπνισμα και η μόλυνση του περιβάλλοντος. Ωστόσο, η παθοφυσιολογία της ΧΑΠ δυστυχώς μοιάζει με μεταβολές που λαμβάνουν χώρα με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι, η μείωση της ελαστικής επαναφοράς και η ακαμψία του θωρακικού τοιχώματος, με την προκαλούμενη αύξηση του υπολειπόμενου όγκου και τη μείωση της υπολειπόμενης χωρητικότητας, οι διαταραχές στη βλεννοκροσσωτή κάθαρση των εισπνεόμενων σωματιδίων και η εξασθένηση των αμυντικών μηχανισμών, είναι μεταβολές κοινές και στις δύο καταστάσεις. Το προφανές αποτέλεσμα είναι η απόδοση των συμπτωμάτων της ΧΑΠ στη γήρανση και η καθυστέρηση στη διάγνωση. (Cortopassi, Gurung, & Pinto-Plata, 2017, p 541; Incalzi, Scarlata, Pennazza, Santonico & Pedone, 2014, p 321).

Η κλινική εικόνα της ΧΑΠ σαφώς μπορεί να περιλαμβάνει τη δύσπνοια και το χρόνια παραγωγικό βήχα που παρατηρούνται στους νεότερους ασθενείς. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν συχνότερα σύγχυση, κόπωση, απώλεια σωματικού βάρους και οργανικό ψυχοσύνδρομο. Επιπλέον, η δύσπνοια ίσως αργήσει να γίνει εμφανής, καθώς οι

ηλικιωμένοι είναι λιγότερο δραστήριοι ή ακόμη προσαρμόζουν την καθημερινότητά τους με τρόπο που να μειώνουν το αίσθημα της δύσπνοιας. Τέλος, αξίζει να τονιστεί ότι η ΧΑΠ στους ηλικιωμένους σχετίζεται με γνωσιακή έκπτωση και κατάθλιψη. (Salzman & Snyderman, 2014, p 252; Cortopassi, Gurung & Pinto-Plata, 2017, p 542; Incalzi, Scarlata, Pennazza, Santonico & Pedone, 2014, p 321).

3.4 Λοιμώξεις

Οι ηλικιωμένοι είναι ευάλωτοι στις λοιμώξεις και στην εξαιτίας αυτών προκαλούμενη ανεξέλεγκτη δυσλειτουργία των ανοσιακών μηχανισμών, κατάσταση που περιγράφεται ως σήψη. Η ίδια η αύξηση της ηλικίας είναι ουσιαστικά μία κατάσταση ανοσοκαταστολής. Οι συντελούμενες με την ηλικία μεταβολές στη δομή και τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, γνωστές με τον όρο «ανοσογήρανση» ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος αυτής της ευαλωτότητας. Στις εν λόγω μεταβολές περιλαμβάνονται η μειωμένη λειτουργικότητα των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού (δέρμα, βλεννογόνοι, μακροφάγα, ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρηνα, T- και B-λεμφοκύτταρα) και η διαταραχή στην παραγωγή προφλεγμονωδών κυτταροκινών. Επιβαρυντικά στην ανοσογήρανση δρουν και άλλοι παράγοντες και καταστάσεις που απαντούν συχνότερα στους ηλικιωμένους, όπως η άνοια, η λειτουργική έκπτωση, οι διαταραχές θρέψης, η πολυφαρμακία και οι συννοσηρότητες. Εκτιμάται πως οι μισοί ηλικιωμένοι πάσχουν ταυτόχρονα από τουλάχιστον δύο χρόνια νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά και τα αναπνευστικά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια νεφρική νόσος και οι κακοήθειες. Επιπλέον, οι συχνές νοσηλείες και ιατρικές παρεμβάσεις- όπως η τοποθέτηση καθετήρων ουροδόχου κύστεως- προδιαθέτουν σε λοιμώξεις. Τέλος, η παρουσία άτυπων εκδηλώσεων επιφέρει καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση και συνεπώς αντιμετώπιση των λοιμώξεων στους ηλικιωμένους. (Mody, Riddell, Kaye & Chopra, 2014, p 362; Liang, 2016, p 502-3; Englert & Ross, 2015; p 176-7).

Οι άτυπες εκδηλώσεις αποτελούν τον κανόνα στην εμφάνιση των λοιμώξεων στους ηλικιωμένους. Ο πυρετός μπορεί να απουσιάζει ή να είναι χαμηλός μέχρι και στο ένα τρίτο των ηλικιωμένων με λοίμωξη, εξαιτίας διαταραχών στη θερμορύθμιση και την αντίδραση σε πυρετογόνα, που επέρχονται με την ηλικία. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστεί καθυστερημένα.

Αντιθέτως, κυρίαρχα συμπτώματα μίας λοίμωξης μπορεί να είναι η σύγχυση, οι πτώσεις, η μείωση της κινητικότητας, η άρνηση λήψης τροφής ή/και ύδατος, η απώλεια βάρους και η ακράτεια ούρων. (Liang, 2016, p 503; Mody, Riddell, Kaye & Chopra, 2014, p 362).

Ο IDSA λαμβάνοντας υπόψιν την πιθανώς χαμηλότερη θερμοκρασία του σώματος των ηλικιωμένων, και προκειμένου να τονίσει την εγρήγορση στην αναγνώριση του πυρετού σε εκείνους που διαβιούν σε κλειστές δομές φροντίδας, εξέδωσε ήδη από το 2008 έναν ορισμό για τον πυρετό στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Έτσι, ως πυρετός ορίζεται οποιαδήποτε από τις ακόλουθες συνθήκες: μία μονήρης θερμομέτρηση $> 37.8^{\circ}\text{C}$, επανειλημμένες μετρήσεις θερμοκρασίας στη στοματική κοιλότητα ή το ορθό μεγαλύτερες από 37.2 ή 37.5°C αντίστοιχα, ή αύξηση της θερμοκρασίας του ηλικιωμένου περισσότερο από 1.1°C από τη συνηθισμένη του. (Liang, 2016, p 503; Mody, Riddell, Kaye & Chopra, 2014, p 362-3).

Ο κίνδυνος για σήψη αυξάνει για ηλικίες άνω των 65 ετών τουλάχιστον κατά 1.5 φορά. Αναμενόμενα, αυξάνεται και η θνητότητα, με ποσοστά που κυμαίνονται από 30 ως και 60% συγκριτικά με τους νεότερους πάσχοντες από τις ίδιες λοιμώξεις. Εξίσου σημαντική είναι και η προκαλούμενη από τη σήψη νοσηρότητα, καθώς οι περισσότεροι επιζώντες δεν επιστρέφουν στο σπίτι. (Englert & Ross, 2015, p 180; Liang, 2016, p 504).

3.4.1 Λοιμώξεις αναπνευστικού συστήματος

Μαζί με τις λοιμώξεις ουροποιητικού αποτελούν τις συχνότερες λοιμώδεις αιτίες εισαγωγής στο νοσοκομείο για τους ηλικιωμένους. Εκτός από τους προαναφερθέντες παράγοντες που καθιστούν τους ηλικιωμένους ευάλωτους σε λοιμώξεις γενικά, με την πάροδο του χρόνου επέρχονται συγκεκριμένες μεταβολές στη δομή και τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος που επίσης δρουν ευοδωτικά στις λοιμώξεις. Η μείωση του παραγόμενου σιέλου-εξαιτίας νοσημάτων ή φαρμάκων- και η παραμέληση της στοματικής υγιεινής συντελούν στον αποικισμό της στοματικής κοιλότητας με αυξημένης λοιμογονικότητας παθογόνα. Η μετάβαση των τελευταίων στο αναπνευστικό δένδρο διευκολύνεται από τη διαταραχή της κατάποσης και του αντανακλαστικού του βήχα, που συνοδεύονται από μείωση της ικανότητας του βλεννοκροσσωτού επιθηλίου της αναπνευστικής οδού να τα απομακρύνει. Η γήρανση επιφέρει αλλαγές στους πνεύμονες και το θωρακικό τοίχωμα: μεγέθυνση των κυψελίδων, αύξηση της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας, που σε συνδυασμό με

την ελάττωση της ελαστικής επαναφοράς του θωρακικού τοιχώματος καταλήγει σε αύξηση του έργου των αναπνευστικών μυών. Τέλος, οι ηλικιωμένοι αργούν να αντιληφθούν την οξεία υποξία, καθώς έχουν μειωμένη ευαισθησία τόσο στην υποξία όσο και την υπερκαπνία. (Tyler & Stevenson, 2017, p 40; Chong & Street, 2008, p 1142).

Οι άτυπες εκδηλώσεις δεν είναι ασυνήθεις στους ηλικιωμένους με λοίμωξη αναπνευστικού, ιδιαίτερα στους διαμένοντες σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Περίπου οι μισοί δεν εμφανίζουν πυρετό, βήχα ή δύσπνοια αλλά αλλαγή στο επίπεδο επικοινωνίας τους, ανορεξία και καταβολή. Εξαίρεση στην απουσία τυπικών εκδηλώσεων αποτελεί η ταχύπνοια, που εμφανίζεται στην πλειονότητα των ηλικιωμένων με λοίμωξη αναπνευστικού. (Tyler & Stevenson, 2017, p 42; Chong & Street, 2008, p 1144).

3.4.2 Λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος

Όπως αναφέρθηκε, οι λοιμώξεις ουροποιητικού ανήκουν στις δύο συχνότερες λοιμώξεις των ηλικιωμένων, με τις γυναίκες και τους διαμένοντες σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων να πλήττονται περισσότερο. Οι παράγοντες κινδύνου που προδιαθέτουν συχνότερα στις λοιμώξεις ουροποιητικού είναι η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη στους άνδρες και η περιουρηθρική βακτηριακή υπερανάπτυξη στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η νευρογενής κύστη και η λιθίαση, που συντελούν στη μειωμένη ροή των ούρων και στη δημιουργία ενός πλούσιου θρεπτικού μέσου για τους μικροοργανισμούς. Φυσικά, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται η σημασία της παρουσίας κατετήρα κύστεως, που με μαθηματική ακρίβεια οδηγεί στον αποικισμό του μετά από λίγες ημέρες. Η προκαλούμενη ασυμπτωματική βακτηριουρία δυσχεραίνει την έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης ουροποιητικού. (Mody, Riddell, Kaye & Chopra, 2014, p 363; Matthews & Lancaster, 2011, p 287, 291; Liang, 2016, p 509).

Οι ηλικιωμένοι με λοίμωξη ουροποιητικού εμφανίζονται συχνότερα με αδυναμία, κόπωση, σύγχυση και διαταραχή του επιπέδου επικοινωνίας τους έναντι των αναμενόμενων συμπτωμάτων από το ουροποιητικό σύστημα (συχνουρία, στραγγουρία, έπειξη προς ούρηση). Οι πτώσεις και τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα (κοιλιακό άλγος, διάρροια, δυσκοιλιότητα) είναι συχνότερα συγκριτικά με τους νεότερους ασθενείς. Ο πυρετός, τυπικό σημείο της οξείας πυελονεφρίτιδας, απουσιάζει χαρακτηριστικά στο ένα τρίτο (1/3) των ηλικιωμένων. (Matthews & Lancaster 2011, p 291; Liang 2016; p 509).

3.4.3 Γρίπη

Η γρίπη είναι η συχνότερη ιογενής λοίμωξη του αναπνευστικού στους ηλικιωμένους, με επίπτωση 15 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Είναι υπεύθυνη για αυξημένο ποσοστό θνητότητας και πνευμονικών επιπλοκών. Συνήθως η έξαρση πιθανών υποκείμενων νοσημάτων, όπως η ΧΑΠ ή η καρδιακή ανεπάρκεια είναι πλέον έκδηλη των κλασικών συμπτωμάτων. Εκτός του βήχα, που παραμένει συχνός και στους ηλικιωμένους, η ανορεξία, η ζάλη, οι πτώσεις και το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορούν να είναι οι μόνες εκδηλώσεις της γρίπης. Η διάγνωση δυσχεραίνεται περαιτέρω από τη μικρή διαγνωστική αξία των ταχέων δοκιμασιών ανίχνευσης του αντιγόνου της γρίπης στους ηλικιωμένους εξαιτίας χαμηλότερου υϊκού φορτίου. (Pop-Vicas & Gravenstein, 2011, p 399; Tyler & Stevenson, 2017, p 42; Talbott, 2017, p 758-9).

3.4.4 Νόσος COVID-19

Οι ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων φάνηκαν και στην πρόσφατη επιδημία COVID-19. Η ανοσογήρανση της προχωρημένης ηλικίας προκαλεί, όπως και στις υπόλοιπες λοιμώξεις, αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα, καθώς και αυξημένο ποσοστό επιπλοκών. Το κύριο σύμπτωμα της νόσου είναι η δύσπνοια, ενώ βήχας και πυρετός, συχνότερα χαμηλός, εμφανίζονται περίπου στους μισούς ηλικιωμένους. Η συχνότερη άτυπη εκδήλωση της νόσου, όπως καταγράφηκε σε μελέτη από τη Σκωτία, είναι το οργανικό ψυχοσύνδρομο, που αποτέλεσε την αιτία εισαγωγής για 32% των ηλικιωμένων ασθενών άνω των 65 ετών. Λιγότερο συχνές άτυπες εκδηλώσεις είναι οι πτώσεις, το κοιλιακό άλγος και η κεφαλαλγία. Ειδικά για τις πτώσεις, είναι αξιοσημείωτο ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας παρατηρήθηκε αύξηση των καταγμάτων από πτώσεις εντός σπιτιού στους ηλικιωμένους. (Perrotta et al, 2020, p 1600-2; Gawronska & Lorkowski, 2021, p 3; Shahid et al, 2020, p 927; Davis et al, 2021, p 91).

3.4.5 Λοιμώξεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ)

Αν και λιγότερο συχνές από τις προηγούμενες, οι λοιμώξεις του ΚΝΣ στους ηλικιωμένους σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα, που ξεπερνάει το 20%. Το χαρακτηριστικό εξάνθημα του μηνιγγιτιδόκοκκου είναι σπάνιο, ενώ η αυχενική δυσκαμψία, ακόμη και αν υπάρχει, δεν μπορεί να αξιολογηθεί εύκολα εξαιτίας συνυπαρχουσών

καταστάσεων όπως η νόσος Parkinson ή η εκφυλιστική δισκοπάθεια. Ο πυρετός μπορεί να είναι απών ή χαμηλός. Αντίθετα, η διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας, τα εστιακά νευρολογικά ελλείμματα και οι σπασμοί είναι συχνότερες εκδηλώσεις αυτών των λοιμώξεων στους ηλικιωμένους. (Domingo, Pomar, de Benito & Coll, 2013, p 4; Liang, 2016, p 511; Nentwich & Grimmnitz, 2016, p 591-592).

3.5 Νευρολογικά νοσήματα

3.5.1 Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ)

Η ηλικία σχετίζεται με μεταβολές στον αματοεγκεφαλικό φραγμό και την πλαστική ικανότητα των εγκεφαλικών κυττάρων. Ως εκ τούτου, δεν προκαλεί εντύπωση η αυξημένη επίπτωση των ΑΕΕ στους ηλικιωμένους, κυρίως μετά τα 70 έτη. Υπολογίζεται πως περίπου ένα στα τρία ΑΕΕ συμβαίνει μετά την ηλικία των 80. Πέραν τούτου, παράγοντες κινδύνου για πρόκληση ΑΕΕ, όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η δυσλιπιδαιμία αποτελούν συχνές συννοσηρότητες των ηλικιωμένων. Προς την ίδια κατεύθυνση συμβάλλουν η άνοια, τα προϋπάρχοντα νευρολογικά προβλήματα και η παραμονή σε κλειστές δομές φροντίδας. Αν και όχι συχνές, παρατηρούνται άτυπες εκδηλώσεις στην κλινική εικόνα των ΑΕΕ. Εκτός από την κλασική εικόνα με την αφασία εκπομπής, τη δυσαρθρία, τις διαταραχές αισθητικότητας και την ετερόπλευρη μυϊκή αδυναμία, οι ηλικιωμένοι που τελικά θα διαγνωστούν με ΑΕΕ μπορεί να παρουσιάσουν με πτώση επί του εδάφους, ακράτεια ούρων και αλλαγή στο επίπεδο επικοινωνίας τους. (Ly & Maquet, 2014, p 315; Nentwich & Grimmnitz, 2016, p 572, 576).

3.5.2 Επιληπτικές κρίσεις

Η ομάδα των ηλικιωμένων, σε αντίθεση πιθανώς με την κοινή αντίληψη, πλήττεται αρκετά από τις επιληπτικές κρίσεις. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 25% των νέων κρίσεων εμφανίζονται σε ηλικίες μεγαλύτερες των 65 ετών. Σχεδόν οι μισές εξ αυτών οφείλονται σε αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Συγκριτικά με τους νεότερους ασθενείς, οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν λιγότερο συχνά αύρα και αυτόματες κινήσεις, οι δε κρίσεις είναι συνήθως

εστιακές, χαρακτηρίζονται λιγότερο από σπασμούς και περισσότερο από σύντομες διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, που συνοδεύονται από σύγχυση, υπνηλία και παροδική απώλεια μνήμης. Τέλος, στους ηλικιωμένους η μετακριτική φάση είναι περισσότερο παρατεταμένη και μπορεί να διαρκέσει ακόμη και ημέρες. Οι προαναφερθείσες ατυπίες σε συνδυασμό με πιθανές συννοσηρότητες, όπως η άνοια και το ΑΕΕ, δυσχεραίνουν την έγκαιρη και σωστή διάγνωση. (Nentwich, & Grimmnitz, 2016, p588; Ghosh & Jehi, 2014, p 490-492; Lezaic, Roussy, Masson, Jetté & Keezer, 2020, p 2,4).

3.6 Αφυδάτωση

Οι ηλικιωμένοι διαθέτουν μικρότερες εφεδρείες ύδατος εξαιτίας μειωμένης μυϊκής μάζας και αυξημένου λιπώδους ιστού. Επιπρόσθετα, η αίσθηση της δίψας και η παραγωγή αντιδιουρητικής ορμόνης, που αποτελούν αμυντικούς μηχανισμούς απέναντι στην αφυδάτωση είναι εξασθενημένοι. Τέλος, η ίδια η απώλεια ύδατος μπορεί να είναι αυξημένη εξαιτίας φαρμάκων όπως τα διουρητικά και τα υπακτικά, και αντίθετα η πρόσληψη ύδατος μειωμένη εξαιτίας γνωσιακής έκπτωσης, αρθρίτιδας ή ακράτειας ούρων. Για όλους τους παραπάνω λόγους, οι ηλικιωμένοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αφυδάτωσης. Εκτιμάται ότι 20-30% των ηλικιωμένων θα παρουσιάσουν κάποια στιγμή εικόνα αφυδάτωσης. (Hoopera, Bunna, Jimoha & Fairweather-Taita, 2014, p 11; Miller, 2015, p 9).

Ωστόσο, η εικόνα της αφυδάτωσης δεν είναι εύκολο να διακριθεί, καθώς πολλά από τα χαρακτηριστικά της προσομοιάζουν χαρακτηριστικά της φυσιολογικής γήρανσης. Η τελευταία σχετίζεται με απώλεια υποδόριου λίπους και κολλαγόνου πέριξ των οφθαλμών και μειωμένη ελαστικότητα του δέρματος, με αποτέλεσμα η εισολκή των οφθαλμών και η μειωμένη σπαργή του δέρματος να μην μπορούν με σιγουριά να αποδοθούν στην αφυδάτωση. Επιπλέον, η αναπνοή των ηλικιωμένων από το στόμα αλλά και η λήψη φαρμάκων όπως τα διουρητικά, τα αντιϊσταμινικά, τα αντιχολινεργικά και τα αντικαταθλιπτικά, καθιστούν συχνή την ξηροστομία. (Hoopera, Bunna, Jimoha & Fairweather-Taita, 2014, p 7-8; Miller, 2015, p 9).

3.7 Διαταραχές λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος

Οι διαταραχές στη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος είναι συχνότερες στους ηλικιωμένους, με κυριότερη τον υποκλινικό υποθυρεοειδισμό, που απαντάται σε ποσοστό μέχρι 15%. Η διάγνωση αυτών των διαταραχών καθίσταται δυσχερής εξαιτίας αφενός μεν της αύξησης της φυσιολογικής τιμής της θυρεοτρόπου ορμόνης (TSH) με την ηλικία, αφετέρου δε της άτυπης και αμβληχρής κλινικής εικόνας. Είναι σύνηθες στην καθημερινή κλινική πράξη συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού, όπως η κόπωση, η δυσκοιλιότητα, η ανορεξία και η κατάθλιψη, να αποδίδονται στη φυσιολογική γήρανση. Επιπλέον, ο υποθυρεοειδισμός σχετίζεται με αυξημένες τιμές LDL χοληστερόλης, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα και άνοια. Από την άλλη πλευρά, ο υπερθυρεοειδισμός στους ηλικιωμένους σχετίζεται περισσότερο με την πρόκληση κολπικής μαρμαρυγής, ανορεξίας και μείωσης του σωματικού βάρους παρά με την εφίδρωση ή την αυξημένη όρεξη για φαγητό. Δεν είναι ασυνήθης η κατάσταση του απαθούς υπερθυρεοειδικού ηλικιωμένου, που εμφανίζεται με έντονη αδυναμία και κατάθλιψη. Τέλος, ο υπερθυρεοειδισμός μπορεί να προκαλέσει στους ηλικιωμένους γνωσιακή έκπτωση (και μάλιστα ως πρώτη εκδήλωση), μυϊκή αδυναμία, τρόμο και πτώσεις, άγχος και μειωμένη προσοχή. Για όλους τους παραπάνω λόγους, απαιτείται υψηλός δείκτης υποψίας των διαταραχών της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος στους ηλικιωμένους ασθενείς. (Duntas & Yen, 2019, p 63-64; Jasim & Gharib, 2018, p 6-8; Mohandas & Gupta, 2003, p 56; Gambert, Kant & Miller, 2014, p 307, 310-311).

3.8 Αναιμία

Η επίπτωση της αναιμίας αυξάνει με την ηλικία. Διαφορετικές μελέτες υπολογίζουν πως 10-24% των ατόμων άνω των 65 ετών έχουν χαμηλή αιμοσφαιρίνη, ποσοστό που ανέρχεται στο 40% στους νοσηλευόμενους και προσεγγίζει το 50% στους φιλοξενούμενους σε μονάδες χρονίως πασχόντων. Η αναιμία θεωρείται αίτιο αυξημένης νοσηρότητας στους ηλικιωμένους, καθώς σχετίζεται με συχνότερες και μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείες. Επιπροσθέτως, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πτώσεων και καταγμάτων, γνωσιακής έκπτωσης και καρδιαγγειακών συμβαμάτων. και φαίνεται ότι επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής.

(Stauder, Valent & Theurl, 2018, p 506; Andrès, Serraj, Federici, Vogel & Kaltenbach, 2013, p 520-521).

Δυστυχώς, παρά τις αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή και την υγεία των ηλικιωμένων, η διάγνωση της αναιμίας περιπλέκεται καταρχάς από την ύπουλη έναρξη των συμπτωμάτων, στα οποία οι ασθενείς προσαρμόζονται σταδιακά και δεν τα αξιολογούν. Επιπλέον, η αναιμία ευθύνεται συχνά για επιδείνωση χρόνιων νοσημάτων. Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο, η πρόσφατη επιδείνωση της δύσπνοιας που αιτιάζεται ένας ασθενής με γνωστή καρδιακή ανεπάρκεια να αποδίδεται στο υποκείμενο νόσημα και να μην ελέγχεται η πιθανή συνύπαρξη αναιμίας που μπορεί να ευθύνεται για τη δύσπνοια. (Stauder, Valent & Theurl, 2018, p 506; Andrès, Serraj, Federici, Vogel & Kaltenbach, 2013, p 520-521).

4. Στρατηγική επιτυχούς αναγνώρισης των άτυπων εκδηλώσεων

Από τη σύντομη ανασκόπηση που προηγήθηκε, συνάγεται ότι οι άτυπες εκδηλώσεις των νοσημάτων στους ηλικιωμένους είναι συχνές και δυνητικά επικίνδυνες, καθώς ευθύνονται για καθυστέρηση στη σωστή διάγνωση άρα και στην κατάλληλη θεραπεία. Το ζητούμενο είναι επομένως η έγκαιρη αναγνώριση των άτυπων εκδηλώσεων και η σύνδεσή τους με τις αντίστοιχες νοσολογικές οντότητες.

Ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να είναι πολύ καλός γνώστης των φυσιολογικών μεταβολών που επέρχονται με την ηλικία, των συνήθων προβλημάτων, των ιδιαιτεροτήτων/ατυπιών των ηλικιωμένων και των λεγόμενων γηριατρικών συνδρόμων, στα οποία συμπεριλαμβάνονται ενδεικτικά η ευαλωτότητα, οι πτώσεις, το ντελίριο, η γνωσιακή έκπτωση και η πολυφαρμακία. Θα πρέπει επίσης να διαθέτει υψηλό βαθμό υποψίας και πολύ καλές δεξιότητες στη λήψη ιστορικού και την αντικειμενική εξέταση. (Lucke et al, 2022, p 312; Theou, Campbell, Malone & Rockwood, 2018, p 372).

Ξεκινώντας από το ιστορικό, είναι απαραίτητος ο εντοπισμός δυσκολιών στη λήψη του, τόσο από τον ηλικιωμένο όσο και από το περιβάλλον του. Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει αισθητηριακές διαταραχές ή διαταραχές στις νοητικές λειτουργίες, που να μη του επιτρέπουν να αναγνωρίσει ή να περιγράψει με σαφήνεια ένα πρόβλημα. Το συγγενικό περιβάλλον, εφόσον υπάρχει, μπορεί να αγνοεί το πρόβλημα ή να το υποεκτιμά και να το αποδίδει στο γήρας. Ο επαγγελματίας υγείας καλείται να ξεπεράσει αυτούς τους φραγμούς με λεπτομερή παρατήρηση του ασθενούς και απλές και εστιασμένες ερωτήσεις. Για παράδειγμα, μπορεί να ρωτήσει αν ο ασθενής έχει χάσει βάρος, αν έχει ξεκινήσει πρόσφατα κάποιο φάρμακο, αν έχει επέλθει κάποια αλλαγή στην κινητικότητα, τη δραστηριότητα ή τη διάθεσή του. (Lucke et al, 2022, p 313; Theou, Campbell, Malone & Rockwood, 2018, p 377-9; Limpawattanaa, Phungoenb, Mitsungnernb, Laosuankoon & Tansangworn, 2015, p97, 101; Perry, Tejada & Melady, 2018, p 300; Perissinotto & Ritchie, 2014, p 46).

Ένα πολύ σημαντικό σημείο του ιστορικού είναι τα υποκείμενα νοσήματα και τα φάρμακα που λαμβάνει ο ηλικιωμένος. Οι συννοσηρότητες συχνά καλύπτουν το τρέχον πρόβλημα υγείας. Η πολυφαρμακία, από την άλλη πλευρά, σχετίζεται σαφώς με αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών και αλληλεπιδράσεων μεταξύ των σκευασμάτων που κάλλιστα θα μπορούσαν να ευθύνονται για την παρούσα κατάσταση του ασθενούς. Εκτός από την ιατρικό ιστορικό, σημαντική είναι η αξιολόγηση του ασθενούς από άποψη ψυχολογική, κοινωνική

και λειτουργική. Ιδιαίτερα η κακή λειτουργική κατάσταση φαίνεται ότι σχετίζεται με τις άτυπες εκδηλώσεις των νοσημάτων. (Lucke et al, 2022, p 313; Theou, Campbell, Malone & Rockwood, 2018, p 377-9; Limpawattanaa, Phungoenb, Mitsungnernb, Laosuangkoon & Tansangworn, 2015, p97, 101; Perry, Tejada & Melady, 2018, p 300).

Δυσχέρειες υπάρχουν συχνά και στην αντικειμενική εξέταση του ηλικιωμένου, κυρίως αν συνυπάρχουν άνοια, σαρκοπενία, κλινοστατισμός και περιορισμένη κινητικότητα. Και στην περίπτωση αυτή, ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να πραγματοποιήσει μια πολύ εστιασμένη αντικειμενική εξέταση. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην εκτίμηση των ζωτικών σημείων, καθώς μπορούν να δώσουν τις πρώτες γρήγορες πληροφορίες για τον ηλικιωμένο που νοσεί σοβαρά. Σχετικές πληροφορίες μπορούν επίσης να παρέχουν η διαταραχή του επιπέδου επικοινωνίας, η μειωμένη διούρηση και η ταχύπνοια. Σε κείμενο συστάσεων Ευρωπαϊκών ειδικών που δημοσιεύτηκε το 2022 σχετικά με την αξιολόγηση των ηλικιωμένων στο ΤΕΠ, συνεστήθη αυξημένη προσοχή σε ηλικιωμένους με:

- εικόνα σήψης και συστολική αρτηριακή πίεση < 120mmHg
- ταχυκαρδία (> 100/min) ή βραδυκαρδία (< 50/min)
- υποψία λοίμωξης ή σήψης και θερμοκρασία φυσιολογική ή χαμηλότερη. (Lucke et al, 2022, p 312; Limpawattanaa, Phungoenb, Mitsungnernb, Laosuangkoon & Tansangworn, 2015, p 101).

Η πολυπαραγοντική ολοκληρωμένη γηριατρική αξιολόγηση προϋποθέτει τη διεπιστημονική συνεργασία και τη χρήση ποικίλων σταθμισμένων εργαλείων ή κλιμάκων αξιολόγησης. Από πρακτικής άποψης, είναι μάλλον αδύνατη και χρονικά ανέφικτη η συμπλήρωσή τους στο περιβάλλον του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Για το σκοπό αυτό, στο προαναφερθέν κείμενο προτάσεων, αναφέρεται η σύντομη αξιολόγηση των 5 Ms: Mind, Mobility, Medications, Multi-complexity, what Matters Most. Με άλλα λόγια, αξιολογείται η νοητική κατάσταση και η κινητικότητα του ηλικιωμένου, τα σκευάσματα (φαρμακευτικά και μη) που λαμβάνει, η κοινωνική-ψυχολογική και λειτουργική κατάστασή του, καθώς και οι προτιμήσεις ή επιθυμίες του σε σχέση με τις πιθανές θεραπευτικές παρεμβάσεις. (Lucke et al, 2022, p 312; Theou, Campbell, Malone & Rockwood, 2018, 377-9).

5. Συλλογή στοιχείων

Για τον σκοπό της παρούσας εργασίας και προκειμένου να μελετηθούν οι άτυπες εκδηλώσεις των νοσημάτων σε ηλικιωμένους ασθενείς, καταγράφηκαν 110 εισαγωγές ασθενών από τα ΤΕΠ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου της Αθήνας. Η ηλικία των ασθενών ήταν ίση ή μεγαλύτερη των 75 ετών. Η περίοδος καταγραφής των εισαγωγών εκτεινόταν από τις 15 Μαρτίου ως τις 26 Μαΐου του τρέχοντος έτους, ημέρες γενικής εφημερίας της συγκεκριμένης κλινικής. Η περίοδος παρακολούθησης των ασθενών ολοκληρώθηκε στις 10 Ιουνίου.

Τα στοιχεία των ηλικιωμένων ασθενών συλλέχθησαν κυρίως από τον ιατρικό τους φάκελο και δευτερευόντως από το ιστορικό που ελάμβανε ο θεράπων. Καταγράφηκαν το φύλο και η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος διαμονής, η παρουσία συνοδών, ο αριθμός και το είδος των συνοδών νοσημάτων, και η λειτουργική τους κατάσταση. Επιπλέον, καταγράφηκαν η διάρκεια και η έκβαση της νοσηλείας, η αιτία προσέλευσης στο νοσοκομείο, η τελική διάγνωση και η σχέση μεταξύ των δύο, δηλαδή αν η αρχική εκδήλωση που έφερε τον ασθενή στο νοσοκομείο ήταν ή όχι τυπική για την τελική διάγνωση (διάγνωση εξόδου).

Για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων ασθενών, χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα Katz για την ανεξαρτησία στις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής και η κλίμακα Lawton-Brody για τις εκτελεστικές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής.

Η κλίμακα Katz αξιολογεί την ανεξαρτησία ή όχι του ηλικιωμένου στις δραστηριότητες του μπάνιου και της τουαλέτας, της ένδυσης, της σίτισης, της μεταφοράς εντός σπιτιού και το έλεγχο της ούρησης και της αφόδευσης (Εικόνα 1-1). Για κάθε δραστηριότητα ο ασθενής λαμβάνει βαθμολογία 0 (εξαρτημένος) ή 1 (ανεξάρτητος). Συνολική βαθμολογία 6 δεικνύει πλήρη λειτουργικότητα, 4 αντιστοιχεί σε μετρίως επηρεασμένη λειτουργικότητα και βαθμολογία 2 ή χαμηλότερη δείχνει σοβαρά μείωση της λειτουργικότητας (Coynpe, 2019).

Patient Name: _____ **Date:** _____
Patient ID # _____

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living		
Activities Points (1 or 0)	Independence (1 Point)	Dependence (0 Points)
	NO supervision, direction or personal assistance.	WITH supervision, direction, personal assistance or total care.
BATHING Points: _____	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity.	(0 POINTS) Need help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing
DRESSING Points: _____	(1 POINT) Get clothes from closets and drawers and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.
TOILETING Points: _____	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(0 POINTS) Needs help transferring to the toilet, cleaning self or uses bedpan or commode.
TRANSFERRING Points: _____	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transfer aids are acceptable	(0 POINTS) Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.
CONTINENCE Points: _____	(1 POINT) Exercises complete self control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder
FEEDING Points: _____	(1 POINT) Gets food from plate into mouth without help. Preparation of food may be done by another person.	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.
TOTAL POINTS: _____ SCORING: 6 = High (<i>patient independent</i>) 0 = Low (<i>patient very dependent</i>)		

Εικόνα 1-1. Δείκτης Katz. Βαθμός ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής

Η κλίμακα Lawton-Brody περιλαμβάνει οκτώ διαφορετικές δραστηριότητες, με βαθμολογία 0 ή 1 ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης ή ανεξαρτησίας του ηλικιωμένου. Οι δραστηριότητες αυτές είναι η χρήση τηλεφώνου, τα ψώνια, η μετακίνηση εκτός σπιτιού, η διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και των χρημάτων, η προετοιμασία του φαγητού, η φροντίδα του σπιτιού και το πλύσιμο ρούχων (Εικόνα 1-2). Σημειώνεται ότι προς αποφυγή διακρίσεων σε βάρος των ανδρών, δε βαθμολογούνται στις τρεις τελευταίες δραστηριότητες. Ως εκ τούτου, η μέγιστη βαθμολογία για τους άνδρες είναι 5 ενώ για τις γυναίκες 8 (McCabe, 2019).

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη μέθοδο SPSS 25.0.0. Οι συγκρίσεις μέσω των τιμών έγιναν με τις δοκιμασίες T-test και Mann-Whitney, ενώ η ύπαρξη συσχετίσεων

ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Pearson's correlation coefficient. Τιμές p μικρότερες από 0.05 θεωρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές.

Patient Name: _____ Date: _____
Patient ID # _____

LAWTON - BRODY
INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE (I.A.D.L.)

Scoring: For each category, circle the item description that most closely resembles the client's highest functional level (either 0 or 1).

A. Ability to Use Telephone		E. Laundry	
1. Operates telephone on own initiative-looks up and dials numbers, etc.	1	1. Does personal laundry completely	1
2. Dials a few well-known numbers	1	2. Launders small items-rinses stockings, etc.	1
3. Answers telephone but does not dial	1	3. All laundry must be done by others	0
4. Does not use telephone at all	0		
B. Shopping		F. Mode of Transportation	
1. Takes care of all shopping needs independently	1	1. Travels independently on public transportation or drives own car	1
2. Shops independently for small purchases	0	2. Arranges own travel via taxi, but does not otherwise use public transportation	1
3. Needs to be accompanied on any shopping trip	0	3. Travels on public transportation when accompanied by another	1
4. Completely unable to shop	0	4. Travel limited to taxi or automobile with assistance of another	0
		5. Does not travel at all	0
C. Food Preparation		G. Responsibility for Own Medications	
1. Plans, prepares and serves adequate meals independently	1	1. Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time	1
2. Prepares adequate meals if supplied with ingredients	0	2. Takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosage	0
3. Heats, serves and prepares meals, or prepares meals, or prepares meals but does not maintain adequate diet	0	3. Is not capable of dispensing own medication	0
4. Needs to have meals prepared and served	0		
D. Housekeeping		H. Ability to Handle Finances	
1. Maintains house alone or with occasional assistance (e.g. "heavy work domestic help")	1	1. Manages financial matters independently (budgets, writes checks, pays rent, bills, goes to bank), collects and keeps track of income	1
2. Performs light daily tasks such as dish washing, bed making	1	2. Manages day-to-day purchases, but needs help with banking, major purchases, etc.	1
3. Performs light daily tasks but cannot maintain acceptable level of cleanliness	1	3. Incapable of handling money	0
4. Needs help with all home maintenance tasks	1		
5. Does not participate in any housekeeping tasks	0		
Score		Score	
Total score			
A summary score ranges from 0 (low function, dependent) to 8 (high function, independent) for women and 0 through 5 for men to avoid potential gender bias.			

Source: *try this*: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing, www.hartfordign.org.

MaineHealth

Εικόνα 1-2. Δείκτης Lawton-Brody. Κλίμακα εκτελεστικών δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής

6. Αποτελέσματα

Η ηλικία όλων των ασθενών ήταν ίση ή μεγαλύτερη των 75 ετών. Από τους 110 ασθενείς, οι 53 ήταν άνδρες (ποσοστό 48.19%) και οι 57 γυναίκες (ποσοστό 51.81%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 83.33 έτη για τους άνδρες και 84.47 έτη για τις γυναίκες.

Αναφορικά με τον τόπο διαμονής τους, 49 άνδρες (92.45%) και 51 γυναίκες (89.47%) διέμεναν στο σπίτι τους, ενώ 4 άνδρες (7,55%) και 6 γυναίκες (10.53%) διέμεναν σε κάποια δομή χρόνιας φροντίδας (ίδρυμα).

Σε ότι αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, η πλειονότητα των ανδρών ήταν έγγαμοι (28 από τους 53, ποσοστό 52.83%) και οι περισσότερες γυναίκες ήταν χήρες (48 από τις 57, ποσοστό 84.21%). Ποσοστό 84.94% των ανδρών (45 άτομα) και 87.72% των γυναικών (50 άτομα) είχαν τουλάχιστον ένα τέκνο. Περίπου ένας στους 7 άνδρες (ποσοστό 13.20%) και μία στις 6 γυναίκες (10.52%) δεν είχαν κανένα συνοδό κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Σημειώνεται σε αυτό το σημείο ότι στην περίπτωση των ασθενών με νόσο COVID-19, στους οποίους το επισκεπτήριο απαγορευόταν, η παρουσία συνοδών αφορούσε σε αυτούς με τους οποίους υπήρχε καθημερινή τηλεφωνική επικοινωνία. Ο πίνακας 6-1 παρουσιάζει τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών.

	Άνδρες	Γυναίκες
Ηλικία (έτη)	83.33	84.47
Διαμονή (N-%)		
Οικία	49 (92.45)	51 (89.47)
Δομή φροντίδας	4 (7.55)	6 (10.53)
Οικογενειακή κατάσταση (N-%)		
Έγγαμος/η	28 (52.83)	6 (10.52)
Χήρος/α	20 (37.74)	48 (84.21)
Άλλο	5 (9.43)	3 (5.26)
Αριθμός τέκνων (N-%)		
Ένα	18 (84.9)	25 (43.85)
Τουλάχιστον δύο	27 (50.94)	25 (43.85)
Κανένα	8 (15.09)	7 (12.28)
Παρουσία συνοδού (N-%)		
Ναι	46 (86.8)	51 (89.48)
Όχι	7 (13.20)	6 910.52)

Πίνακας 6-1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών ανά φύλο

Ο πίνακας 6-2 απεικονίζει τον αριθμό των συνοδών νοσημάτων ανά φύλο. Όπως φαίνεται, σημαντικό ποσοστό των ασθενών έπασχαν από περισσότερα των δύο νοσήματα (62.28% για τους άνδρες και 56.15% για τις γυναίκες). Τα συχνότερα υποκείμενα νοσήματα σε άνδρες και γυναίκες παρατίθενται στον πίνακα 6-3, με την αρτηριακή υπέρταση, το σακχαρώδη διαβήτη και την κολπική μαρμαρυγή να αναφέρονται περισσότερο στο ιστορικό των ασθενών. Περίπου ένας στους 7 άνδρες (13.20%) και μία στις πέντε γυναίκες (19.29%) ήταν κλινήρεις.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΟΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΔΡΕΣ N (%)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N (%)
Κανένα	1 (1.88)	3 (5.26)
Ένα	5 (9.43)	10 (17.54)
Δύο	14 (26.41)	12 (21.05)
Τρία	13 (24.5)	15 (26.31)
Τέσσερα	7 (13.2)	10 (17.54)
Πέντε	7 (13.2)	5 (8.77)
Έξι	5 (9.43)	1 (1.75)
Επτά	1 (1.88)	1 (1.75)

Πίνακας 6-2. Αριθμός συνοδών νοσημάτων ανά φύλο

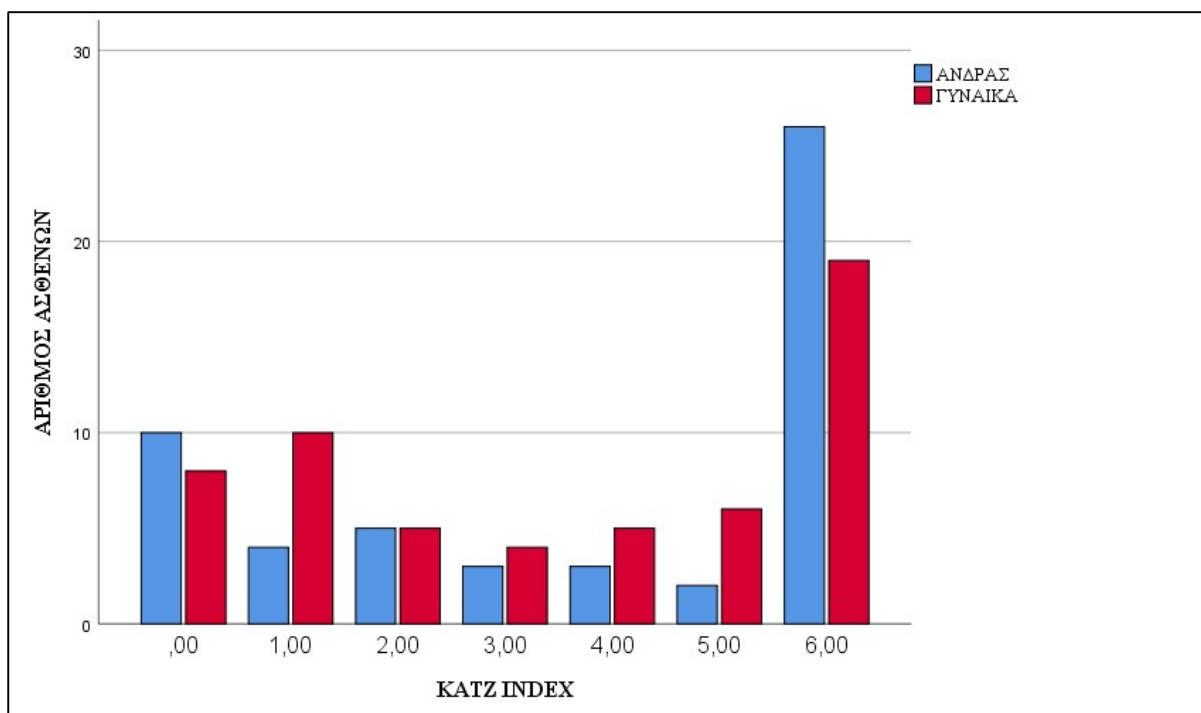
ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΑΝΔΡΕΣ N (%)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N (%)
Αρτηριακή υπέρταση	26 (49.05)	29 (50.87)
Σακχαρώδης διαβήτης	22 (41.50)	19 (33.33)
Κολπική μαρμαρυγή	10 (18.86)	16 (28.07)
Στεφανιαία νόσος	15 (28.30)	4 (7.01)
Καρδιακή ανεπάρκεια	6 (11.32)	10 (17.54)
Χρόνια νεφρική νόσος	10 (18.86)	3 (5.26)
Δυσλιπιδαιμία	12 (22.64)	6 (10.57)
Υποθυρεοειδισμός	5 (9.43)	7 (12.28)
Άνοια	7 (13.20)	16 (28.07)
Κακοήθη νεοπλάσματα	10 (18.86)	8 (14.03)
ΧΑΠ	4 (7.54)	4 (7.01)
Νόσος Parkinson	4 (7.54)	3 (5.26)
ΑΕΕ	5 (9.43)	4 (7.01)
Κατάθλιψη	2 (3.77)	3 (5.26)
Καλοήθης υπερπλασία προστάτη	16 (30.18)	0

Πίνακας 6-3. Συχνότερα συνοδά νοσήματα ανά φύλο

Σχετικά με την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης κατ'οίκον, η μέση τιμή του δείκτη Katz υπολογίστηκε σε 3.79 για τους άνδρες και 3.43 για τις γυναίκες, τιμές που δε διέφεραν στατιστικώς σημαντικά. Παρατηρώντας την κατανομή των τιμών του δείκτη Katz, διαπιστώνεται ότι οι μισοί άνδρες και το ένα τρίτο των γυναικών ήταν πλήρως αυτοεξυπηρετούμενοι στο σπίτι (πίνακας 6- 4, εικόνα 6-3).

Δείκτης Katz	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
0	10	8
1	4	10
2	5	5
3	3	4
4	3	5
5	2	6
6	26	19

Πίνακας 6-4. Τιμές δείκτη Katz ανά φύλο

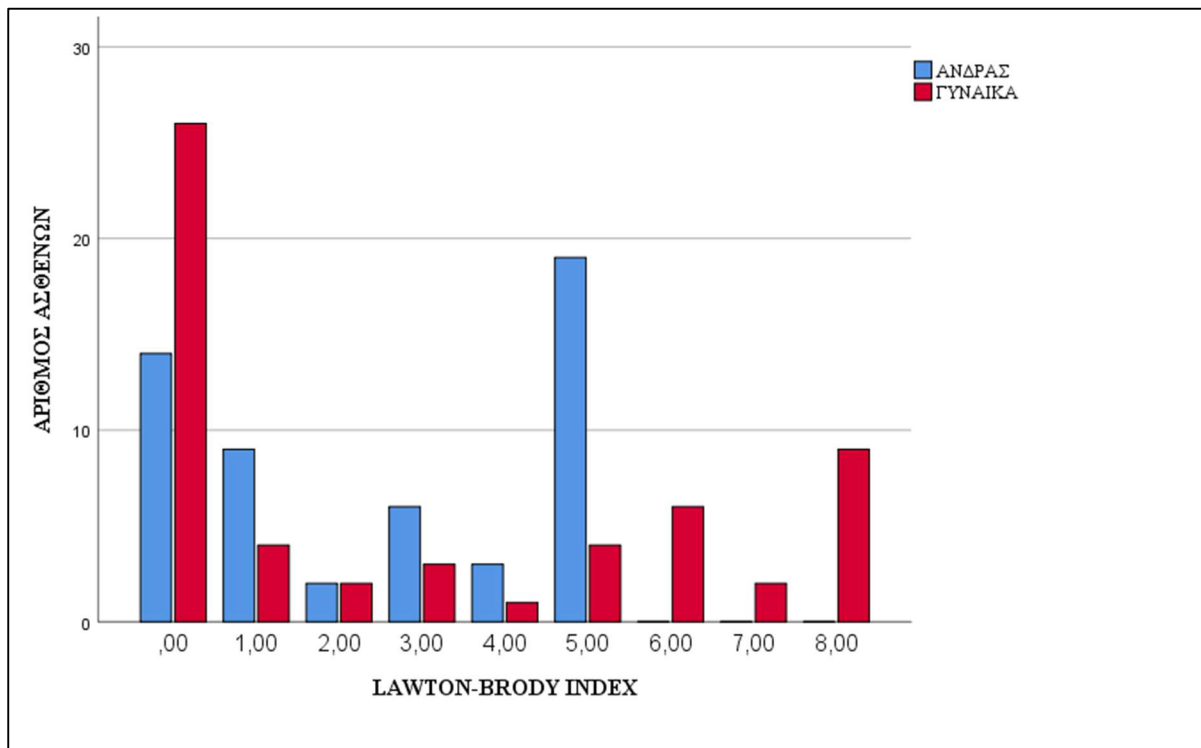


Εικόνα 6-3. Τιμές δείκτη Katz ανά φύλο

Διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών ούτε ως προς το δείκτη Lawton-Brody σχετικά με την αυτονομία στις πιο σύνθετες δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Η μέση τιμή υπολογίσθηκε σε 2.6 για τους άνδρες και 2.85 για τις γυναίκες (πίνακας 6-5, εικόνα 6-4). Σχεδόν οι μισές γυναίκες (26 στις 57) και ένας στους τέσσερεις άνδρες (14 στους 53) δεν μπορούσαν να επιτελέσουν καμία εκτελεστική δραστηριότητα της καθημερινής ζωής και ήταν πλήρως εξαρτημένοι από τη φροντίδα άλλου ατόμου.

Δείκτης Lawton-Brody	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
0	14	26
1	9	4
2	2	2
3	6	3
4	3	1
5	19	4
6	0	6
7	0	1
8	0	9

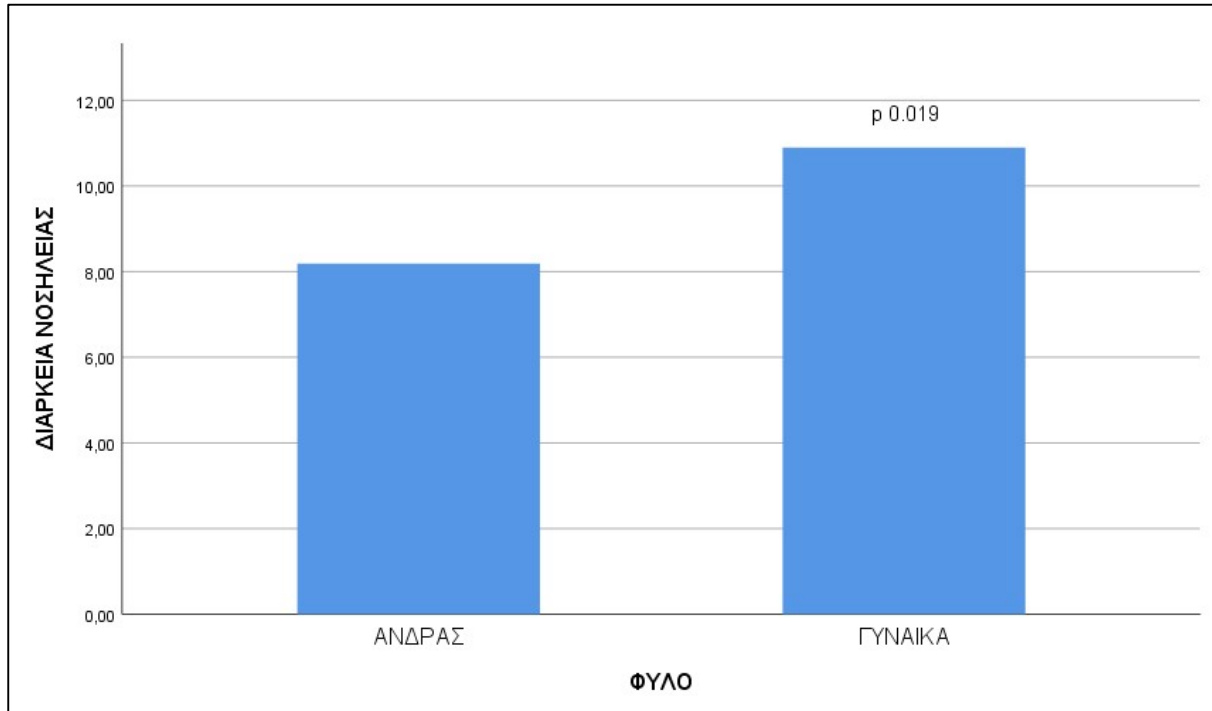
Πίνακας 6-5. Τιμές δείκτη Lawton-Brody ανά φύλο



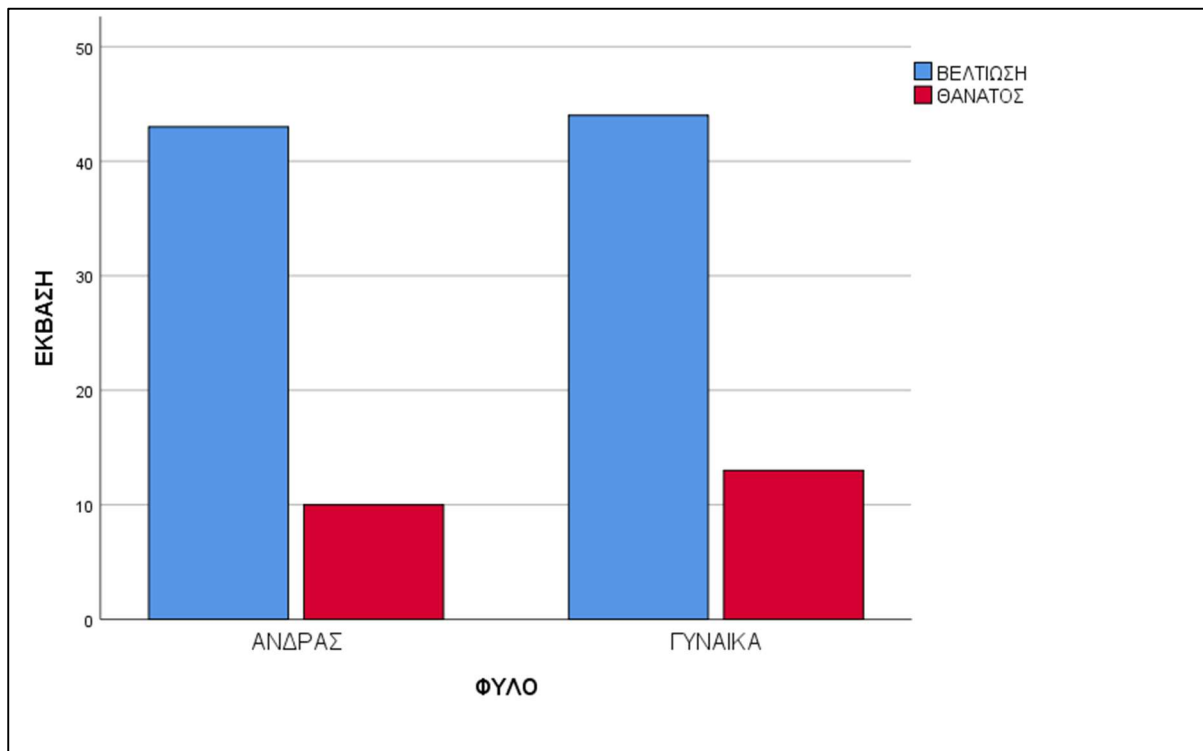
Εικόνα 6-4. Τιμές δείκτη Lawton-Brody ανά φύλο

Όπως ήταν ίσως αναμενόμενο, η ηλικία σχετίζεται αρνητικά τόσο με το δείκτη Katz όσο και με το δείκτη Lawton-Brody (Pearson's correlation coefficient – 0.241 και – 0.305, αντίστοιχα). Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική, με τιμές p 0.011 και 0.001, αντίστοιχα. Στην περίπτωση του δείκτη Lawton-Brody, η διαφορά παραμένει ακόμη και αν αφαιρεθούν από την ανάλυση οι τιμές που είναι μεγαλύτερες από 5 και αφορούν μόνο τις γυναίκες (Pearson's correlation coefficient – 0.269, p 0.009).

Οι γυναίκες παρέμεναν στο νοσοκομείο περισσότερο από τους άνδρες. Συγκεκριμένα, η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 10.89 ημέρες στις γυναίκες έναντι 8.18 ημερών στους άνδρες (p : 0.019). Εντούτοις, δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην έκβαση της νοσηλείας μεταξύ των δύο φύλων, καθώς 77.19% των γυναικών (44 άτομα) και 81.13% (43 άτομα) των ανδρών πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο (εικόνες 6-5 και 6-6, αντίστοιχα).



Εικόνα 6-5. Μέση διάρκεια νοσηλείας (ημέρες) ανά φύλο



Εικόνα 6-6. Έκβαση νοσηλείας ανά φύλο

Οι αιτίες προσέλευσης των ασθενών στο ΤΕΠ αναφέρονται αναλυτικά στους πίνακες 6-6 και 6-7 για άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα. Οι συχνότερες εξ αυτών για τους άνδρες είναι συγκεντρωμένες στον πίνακα 6-8 και ήταν η δύσπνοια, η αδυναμία/καταβολή/κόπωση, η διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας, το εμπύρετο και η πτώση εξ ιδίου ύψους. Αντίστοιχα, οι συχνότερες αιτίες προσέλευσης στα ΤΕΠ για τις ηλικιωμένες γυναίκες ήταν η διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας και η δύσπνοια, οι έμετοι και οι διάρροιες, η πτώση εξ ιδίου ύψους και η δυσαρθρία (πίνακας 6-9). Από την άλλη πλευρά, σπανιότερα οι ηλικιωμένοι ή οι συνοδοί τους ανέφεραν ως αιτία προσέλευσης κοιλιακό άλγος ή δυσκοιλιότητα. Σημειώνεται σε αυτό το σημείο ότι στην πτώση εξ ιδίου ύψους δεν περιλαμβάνονται οι πτώσεις με σαφή υποκείμενο μηχανισμό κάκωσης.

Στους πίνακες 6-6 και 6-7 καταγράφεται επίσης ο αριθμός των ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο με αρχική εκδήλωση τυπική ή άτυπη για την τελική διάγνωση. Φαίνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων προσέρχονται με άτυπες εκδηλώσεις. Συγκεκριμένα, σε ποσοστά που ανέρχονται σε 41.50% των ανδρών (22 άτομα) και 45.61% των γυναικών (26 άτομα) η αρχική εκδήλωση δεν είναι χαρακτηριστική της τελικής διάγνωσης (πίνακας 6-10, εικόνα 6-7). Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων δεν είναι στατιστικώς σημαντική.

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΑΕΕ	ΟΧΙ
ΘΩΡΑΚΑΛΓΙΑ	LRTI	ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΑΕΕ	ΟΧΙ
ΑΔΥΝΑΜΙΑ	ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΚΛΩΣΤ. ΚΟΛΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΧΑΠ	ΝΑΙ
ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ, ΑΙΜΩΔΙΑ ΑΡ	ΑΕΕ	ΝΑΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ, ΑΕΕ	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	ΝΑΙ
ΚΑΚΟΥΧΙΑ, ΚΟΠΩΣΗ	ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΒΗΧΑΣ ΑΠΟ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ	LRTI, ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑ	ΝΑΙ
ΚΑΤΑΒΟΛΗ, ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΑΣΚΙΤΗΣ	ΝΑΙ
ΑΔΥΝΑΜΙΑ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ
ΚΑΤΑΒΟΛΗ	ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΥΠΕΡΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ	
BENZODIAZEΠΙΝΩΝ	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	ΟΧΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ	ΟΧΙ
ΚΑΤΑΒΟΛΗ	ΟΝΒ ΜΕΤΑΝΕΦΡΙΚΗ	ΝΑΙ
ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΕΜΕΤΟΙ, ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ	ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΒΑ, ΟΝΒ	ΝΑΙ
ΘΩΡΑΚΑΛΓΙΑ	ΜΑΖΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	LRTI	ΟΧΙ
ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ, ΟΙΔΗΜΑΤΑ	ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	ΝΑΙ

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΚΑΤΑΒΟΛΗ	ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑ	ΟΧΙ
ΑΣΤΑΘΕΙΑ ΒΑΔΙΣΗΣ	ΠΡΟΝΕΦΡΙΚΗ ΟΝΒ, ΣΔ	ΟΧΙ
ΕΜΠΥΡΕΤΟ	ΥΤΙ, ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ, ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΑΕΕ	ΟΧΙ
ΕΠΙΓΑΣΤΡΑΛΓΙΑ	ΧΟΛΑΓΓΕΙΠΤΙΔΑ	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ, ΑΠΟΚΟΡΕΣΜΟΣ	ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ, ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ, ΟΝΒ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΠΟΛΥΟΡΓΑΝΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ,	
ΠΤΩΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ	ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ, ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑ, LRTI	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ, ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ	
ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΣΤΑΔΙΑΚΗ	ΑΦ	ΝΑΙ
ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ, ΕΜΠΥΡΕΤΟ	ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑ	ΝΑΙ
ΔΕΚΑΤΑ, ΒΗΧΑΣ, ΚΟΙΛΙΑΚΟ	COVID-19	ΟΧΙ
ΑΛΓΟΣ	LRTI, ΥΠΟΝΕΦΡΙΚΟ ΑΚΑ	ΝΑΙ
ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΑΠΟΦΡΑΞΗ		
ΝΕΦΡΟΣΤΟΜΙΑΣ	ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΗ ΥΤΙ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΑΝΑΙΜΙΑ	ΜΕΘΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΕΜΕΤΟΙ	ΥΤΙ	ΟΧΙ
ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ	ΙΟΓΕΝΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΜΕΛΑΙΝΕΣ	ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΝΑΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΣΗΨΗ, LRTI ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ, ΣΗΨΗ, ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΛΑΚΩΝ	ΟΧΙ
ΜΕΛΑΙΝΕΣ	ΜΟΡΙΩΝ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ, ΘΩΡΑΚΑΛΓΙΑ	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ	ΝΑΙ
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗΣ-		
ΟΜΙΛΙΑΣ	ΥΤΙ, ΑΕΕ	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑ, LRTI ΥΠΟΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΑΤΑΓΜΑ	ΝΑΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	ΑΡ. ΜΗΡΙΑΙΟΥ	ΝΑΙ
ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΧΝΑ	ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΧΝΑ	ΝΑΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	COVID-19	ΟΧΙ
ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΔΥΣΟΥΡΙΚΑ	ΥΤΙ	ΝΑΙ
ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΔΥΝΑΜΕΩΝ	ΣΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	ΟΧΙ
ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	LRTI	ΟΧΙ
ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ,	ΑΤΕΛΗΣ ΕΙΛΕΟΣ,	
ΚΑΦΕΟΕΙΔΕΙΣ ΕΜΕΤΟΙ	ΚΟΠΡΟΣΤΑΣΗ	ΝΑΙ
ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	COVID-19, ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ	ΟΧΙ

Πίνακας 6-6. Αιτίες προσέλευσης, τελικές διαγνώσεις και συσχέτιση μεταξύ τους ως προς την τυπικότητα της αρχικής εκδήλωσης στους άνδρες

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΕΜΕΤΟΙ	ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ	ΝΑΙ
ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΤΥΧΑΙΟ ΕΛΕΓΧΟ	ΕΛΛΕΙΨΗ Β12	ΝΑΙ
ΙΚΤΕΡΟΣ	CA ΦΥΜ. VATER	ΝΑΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	ΑΕΕ	ΟΧΙ
ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ	ΑΕΕ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	ΟΧΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΥΤΙ	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ	ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	ΝΑΙ
ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
	ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ,	
ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	ΣΗΨΗ	ΟΧΙ
ΟΣΦΥΟΪΣΧΙΑΛΓΙΑ	ΥΤΙ	ΟΧΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ	ΟΧΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ	ΟΧΙ
ΕΜΕΤΟΙ, ΖΑΛΗ	ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ	ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	ΝΑΙ
ΕΜΕΤΟΙ ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ ΜΕΤΑ	ΚΟΛΙΤΙΔΑ,	
ΛΙΠΑΡΟ ΓΕΥΜΑ	ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ		
ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ	ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ, ΥΤΙ	ΟΧΙ
ΑΔΥΝΑΜΙΑ, ΚΑΤΑΒΟΛΗ	ΥΤΙ	ΟΧΙ
	ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ	
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	ΓΛΟΙΒΛΑΣΤΩΜΑ	ΟΧΙ
	ΜΑΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗ	
ΚΟΠΩΣΗ	ΑΝΑΙΜΙΑ	ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΛΕΜΦΩΜΑ	ΟΧΙ

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΣΗΨΗ, ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ, ΥΤΙ, ΟΝΒ	ΟΧΙ
ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ	ΥΤΙ	ΟΧΙ
ΔΙΟΓΚΩΣΗ ΚΟΙΛΙΑΣ	ΗΚΚ	ΝΑΙ
ΚΑΤΑΒΟΛΗ	COVID, ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ, ΟΝΒ	ΟΧΙ
ΕΠΙΓΑΣΤΡΑΛΓΙΑ	ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ
ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ, ΕΜΕΤΟΙ	ΟΝΒ	ΝΑΙ
ΠΤΩΣΗ ΓΩΝΙΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ-ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ	ΑΕΕ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΠΩΣΗ	ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ	ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	COVID-19, ΥΤΙ	ΟΧΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ, ΟΝΒ	
ΑΦΑΣΙΑ, ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ	ΠΡΟΝΕΦΡΙΚΗ	ΟΧΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ	ΑΕΕ	ΝΑΙ
ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ, ΑΔΥΝΑΜΙΑ	COVID-19	ΟΧΙ
ΒΑΔΙΣΗΣ	COVID-19	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΑΠ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΑΝΑΙΜΙΑ, ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑ ΑΓΓΕΙΟΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ	ΝΑΙ
ΑΙΜΑΤΟΧΕΣΙΑ	ΤΥΦΛΟΥ	ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	COVID-19	ΟΧΙ
ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ
	ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΚΛΩΣΤ.	
ΔΙΑΡΡΟΪΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ	ΝΑΙ
ΚΑΦΕΟΕΙΔΕΙΣ ΕΜΕΤΟΙ	ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗ	ΝΑΙ
ΑΡΝΗΣΗ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	COVID-19	ΟΧΙ

ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ
ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ	ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑ LRTI, ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑ,	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΝΑΙ
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ	ΟΝΒ	ΝΑΙ
ΚΑΤΑΒΟΛΗ	ΥΤΙ, ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ	ΟΧΙ
ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ	ΚΛΩΣΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ, ΕΜΠΥΡΕΤΟ	LRTI	ΝΑΙ
ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	ΝΑΙ
ΕΜΠΥΡΕΤΟ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ		
ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΑΓΓΕΪΤΙΔΑ	ΟΧΙ
ΠΥΡΕΤΟΣ ΕΜΕΤΟΙ	ΟΝΒ, ΟΣΣ, ΥΤΙ	ΝΑΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ		
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΚΡΙΣΕΙΣ Ε	ΟΧΙ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ	ΣΗΨΗ, ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ,	
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ	ΟΧΙ
ΜΥΑΛΓΙΕΣ, ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ	ΟΝΒ, ΟΣΣ	ΝΑΙ
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	ΙΑΕΕ	ΟΧΙ

Πίνακας 6-7. Αιτίες προσέλευσης, τελικές διαγνώσεις και συσχέτιση μεταξύ τους ως προς την τυπικότητα της αρχικής εκδήλωσης στις γυναίκες.

ΑΝΔΡΕΣ	
ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	10
ΑΔΥΝΑΜΙΑ, ΚΑΤΑΒΟΛΗ	8
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	7
ΕΜΠΥΡΕΤΟ	7
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	4

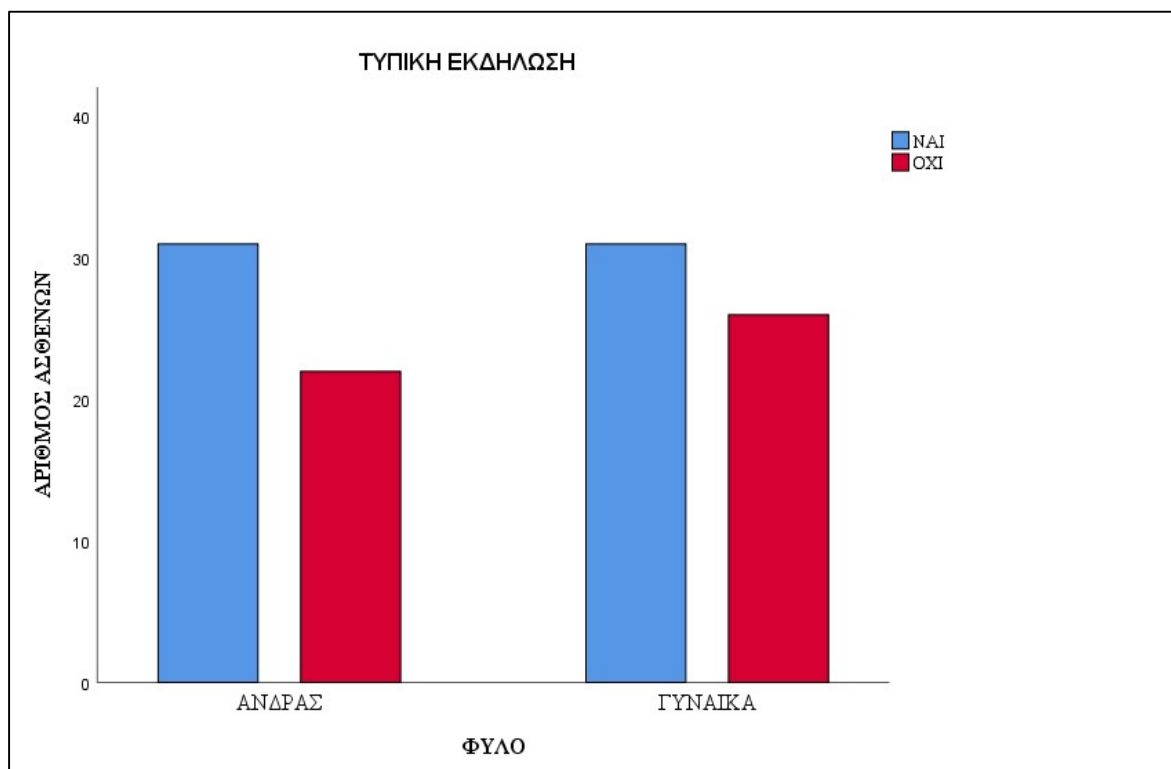
Πίνακας 6-8. Συχνότερες αιτίες προσέλευσης ηλικιωμένων ανδρών στα ΤΕΠ

ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	11
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	10
ΕΜΕΤΟΙ	6
ΔΙΑΡΡΟΙΕΣ	6
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	5
ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ	5

Πίνακας 6-9. Συχνότερες αιτίες προσέλευσης ηλικιωμένων γυναικών στα ΤΕΠ

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ	31	31	62
ΑΤΥΠΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ	22	26	48
ΣΥΝΟΛΟ	53	57	110

Πίνακας 6-10. Αριθμός ασθενών με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση ανά φύλο



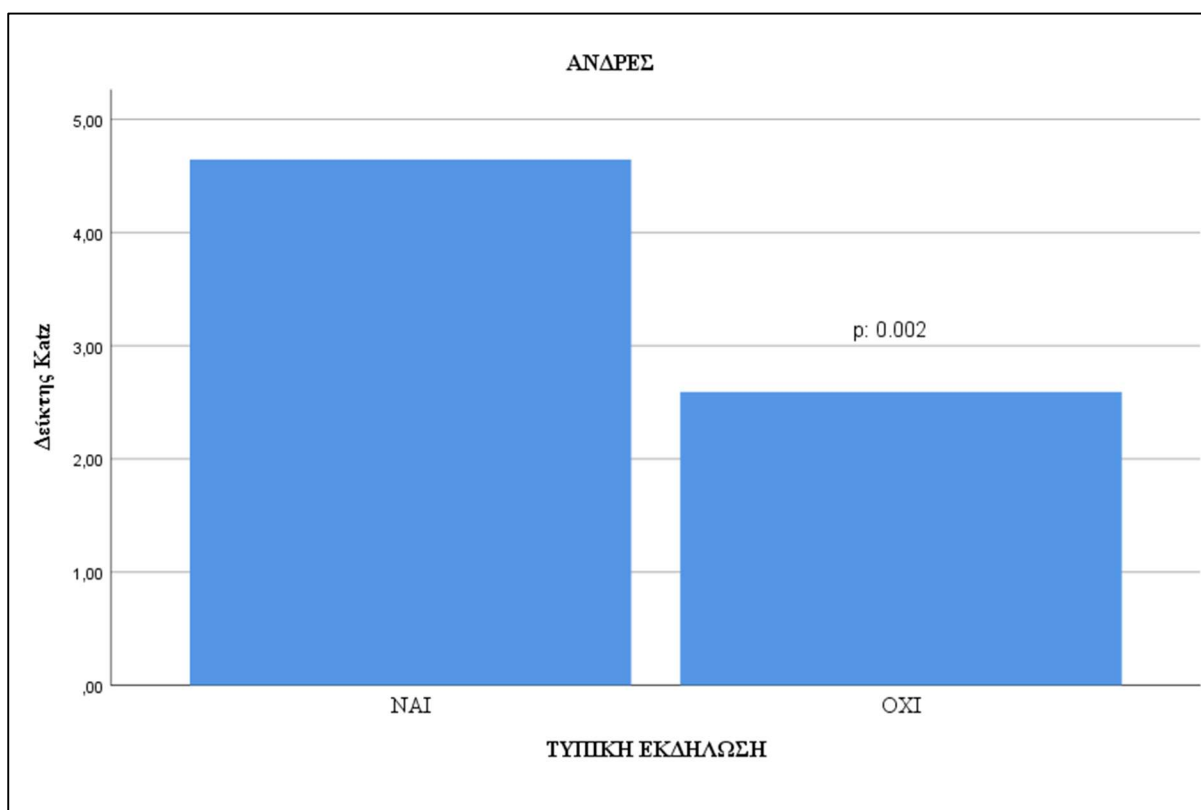
Εικόνα 6-7. Αριθμός ασθενών με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση ανά φύλο

Αναζητήθηκαν οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονται με την παρουσία άτυπων αρχικών εκδηλώσεων ανά φύλο. Στους άνδρες, η μέση ηλικία και η διάρκεια νοσηλείας δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά σε εκείνους που είχαν άτυπες εκδηλώσεις. Συγκεκριμένα, ανέρχονταν αντίστοιχα σε 83 έτη και 8.9 ημέρες νοσηλείας σε αυτούς με τις τυπικές εκδηλώσεις και 83.81 έτη και 8.04 ημέρες νοσηλείας σε εκείνους με τις άτυπες εκδηλώσεις. Ομοίως, οι δύο κατηγορίες δεν διέφεραν ως προς την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των τέκνων, τον τόπο διαμονής και την παρουσία ή όχι συνοδών.

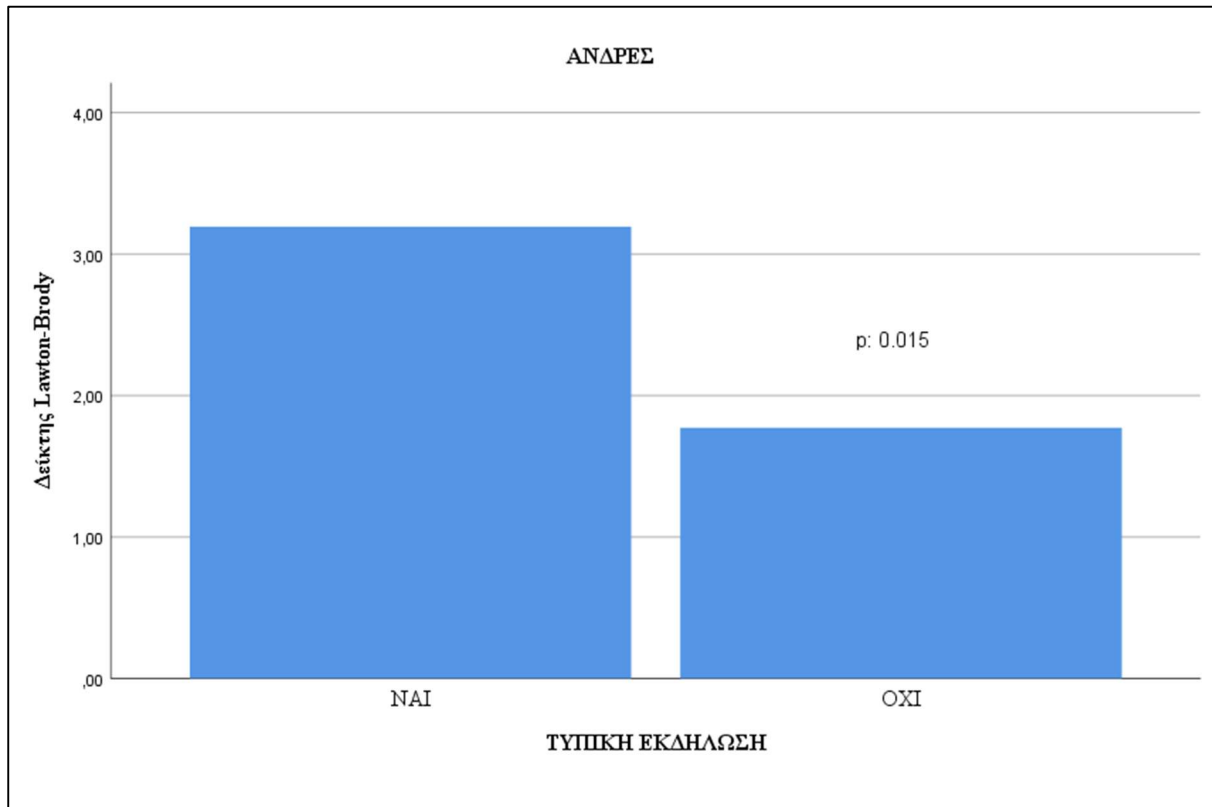
Αντιθέτως, οι άτυπες εκδηλώσεις ήταν συχνότερες σε όσους είχαν μικρότερη αυτονομία στις βασικές και εκτελεστικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως αυτό κατοπτριζόταν στους χαμηλότερους δείκτες Katz και Lawton-Brody. Επιπλέον, οι ασθενείς με περισσότερα υποκείμενα νοσήματα παρουσιάζονταν συνήθως με άτυπες εκδηλώσεις. Τέλος, οι άτυπες εκδηλώσεις ήταν συχνότερες στους ηλικιωμένους άνδρες με δυσμενή τελική έκβαση. Οι προαναφερθείσες διαφορές ήταν στατιστικώς σημαντικές και απεικονίζονται στον πίνακα 6-11 και στις εικόνες 6-8 έως 6-11.

ΑΝΔΡΕΣ	Τυπική εκδήλωση	Άτυπη εκδήλωση	p
Δείκτης Katz	4.64	2.57	0.002
Δείκτης Lawton-Brody	3.19	1.77	0.015
Αριθμός υποκειμένων νόσων	2.87	3.77	0.044
Έκβαση			0.005
Βελτίωση	29	14	
Θάνατος	2	8	

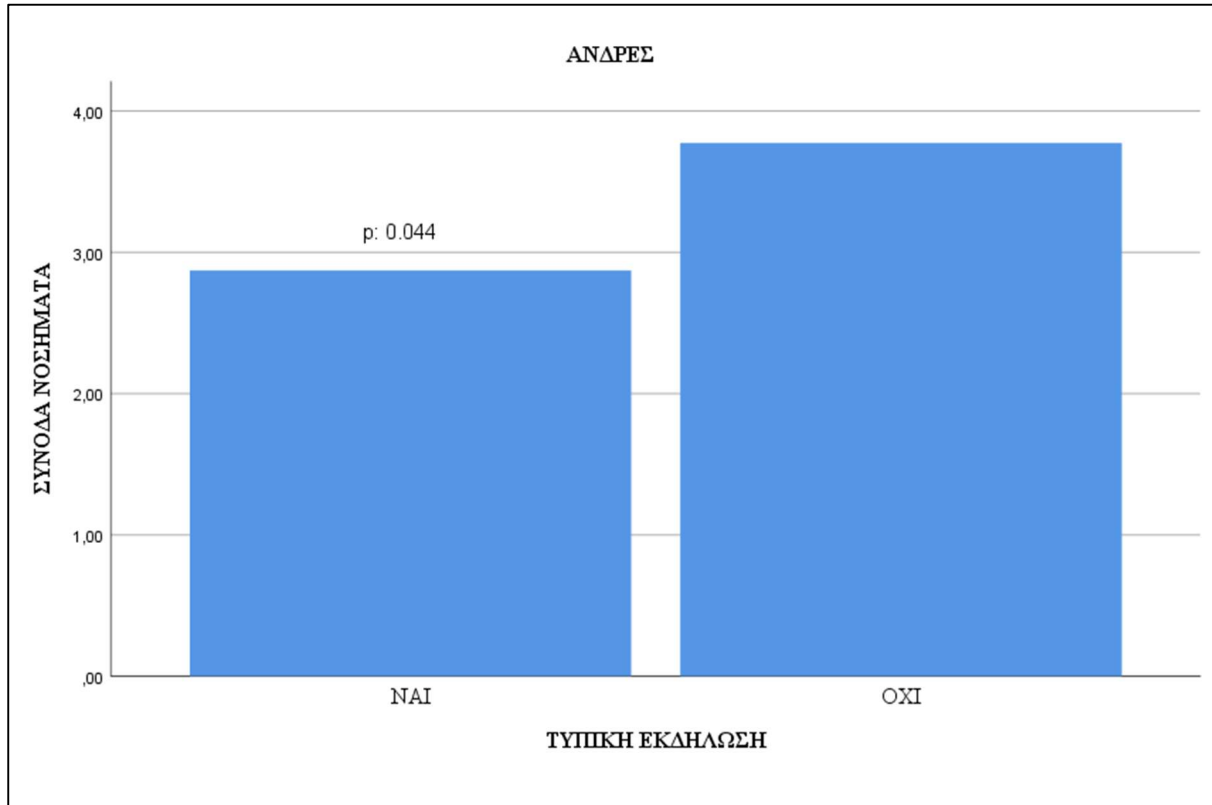
Πίνακας 6-11. Άτυπες εκδηλώσεις στους άνδρες και συσχετίσή τους με τους δείκτες Katz και Lawton-Brody, τα υποκείμενα νοσήματα και την έκβαση νοσηλείας



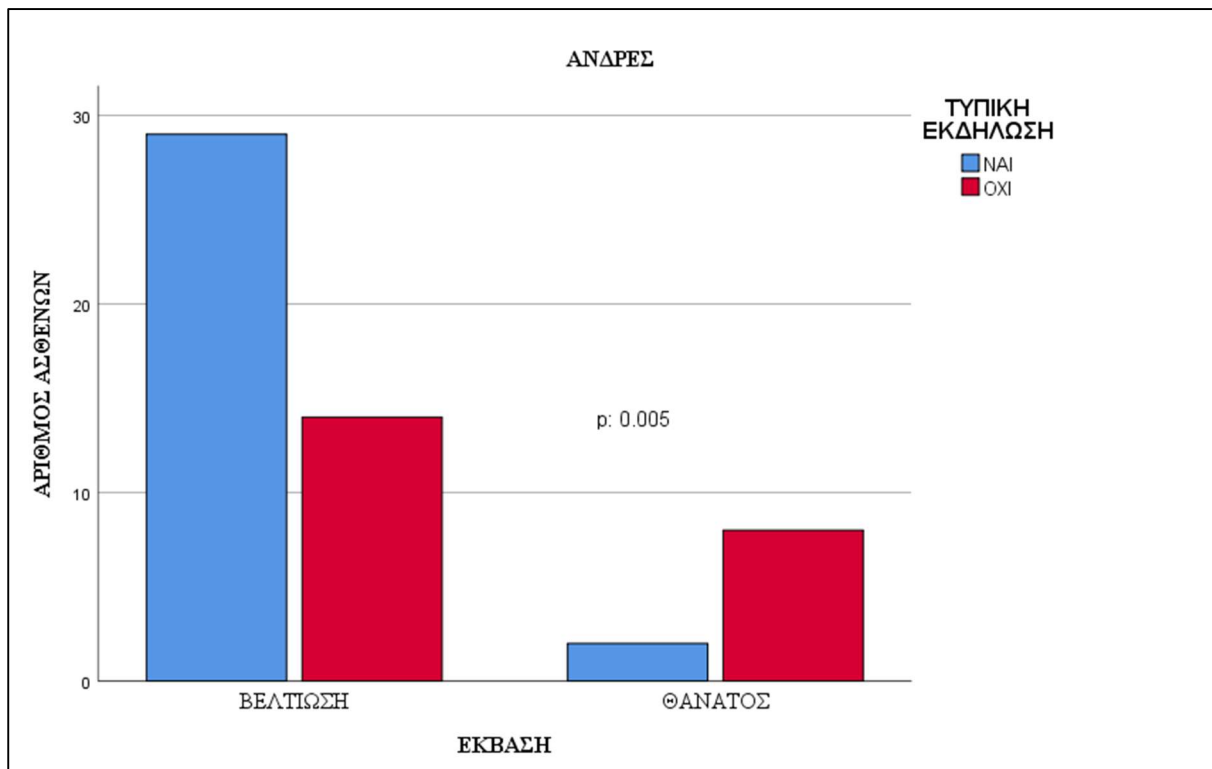
Εικόνα 6-8. Δείκτης Katz σε ηλικιωμένους άνδρες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση



Εικόνα 6-9. Δείκτης Lawton-Brody σε ηλικιωμένους άνδρες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση



Εικόνα 6-10. Αριθμός συνοδών νοσημάτων σε ηλικιωμένους άνδρες με τυπικά και άτυπη αρχική εκδήλωση



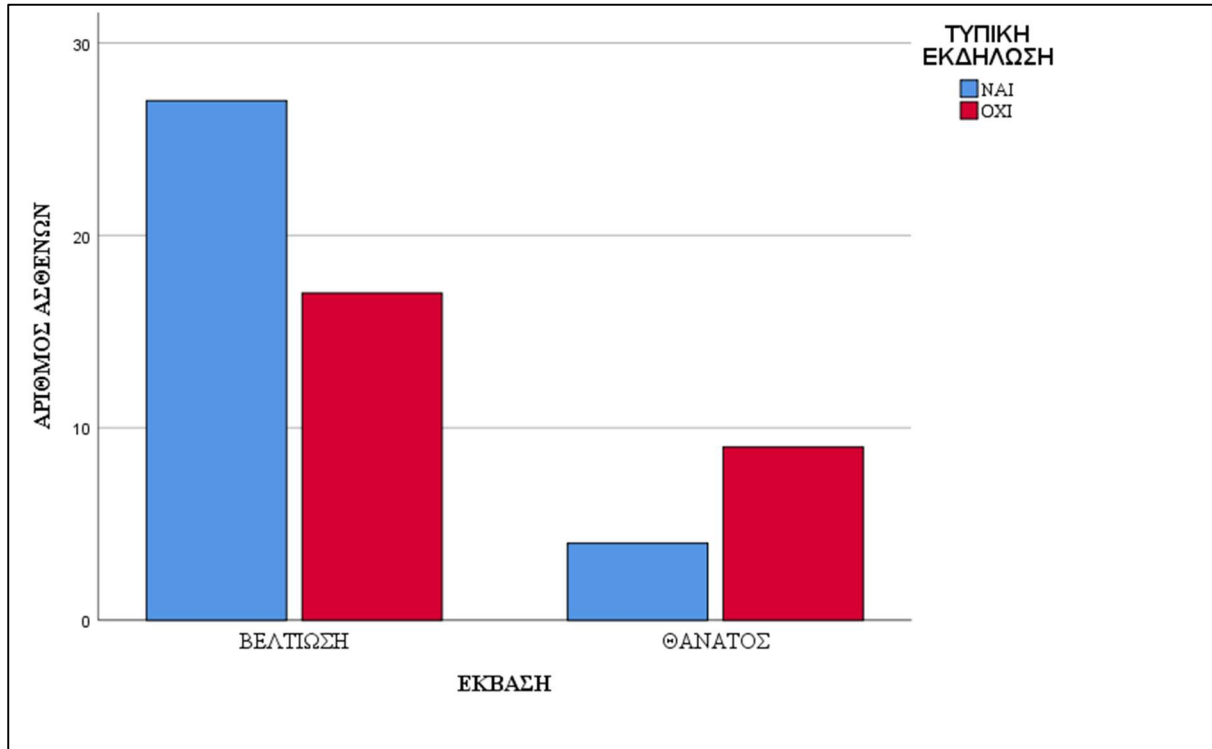
Εικόνα 6-11. Έκβαση νοσηλείας σε ηλικιωμένους άνδρες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση

Στις γυναίκες, η μέση ηλικία και η μέση διάρκεια νοσηλείας μεταξύ όσων εμφανίστηκαν με τυπική και όσων παρουσίασαν άτυπη αρχική εκδήλωση δε διέφεραν σημαντικά (83.54 έτη και 10.35 ημέρες, αντίστοιχα έναντι 85.57 ετών και 11.53 ημερών, αντίστοιχα). Όπως και στους άνδρες, οι δύο ομάδες δεν παρουσίαζαν αξιολογήσιμες διαφορές ως προς την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των τέκνων, τον τόπο διαμονής και την παρουσία ή όχι συνοδών. Ο μέσος αριθμός συνοδών νοσημάτων επίσης δε διέφερε μεταξύ τους (2.93 νοσήματα σε εκείνες με τις τυπικές εκδηλώσεις έναντι 2.25 σε εκείνες με τις άτυπες εκδηλώσεις).

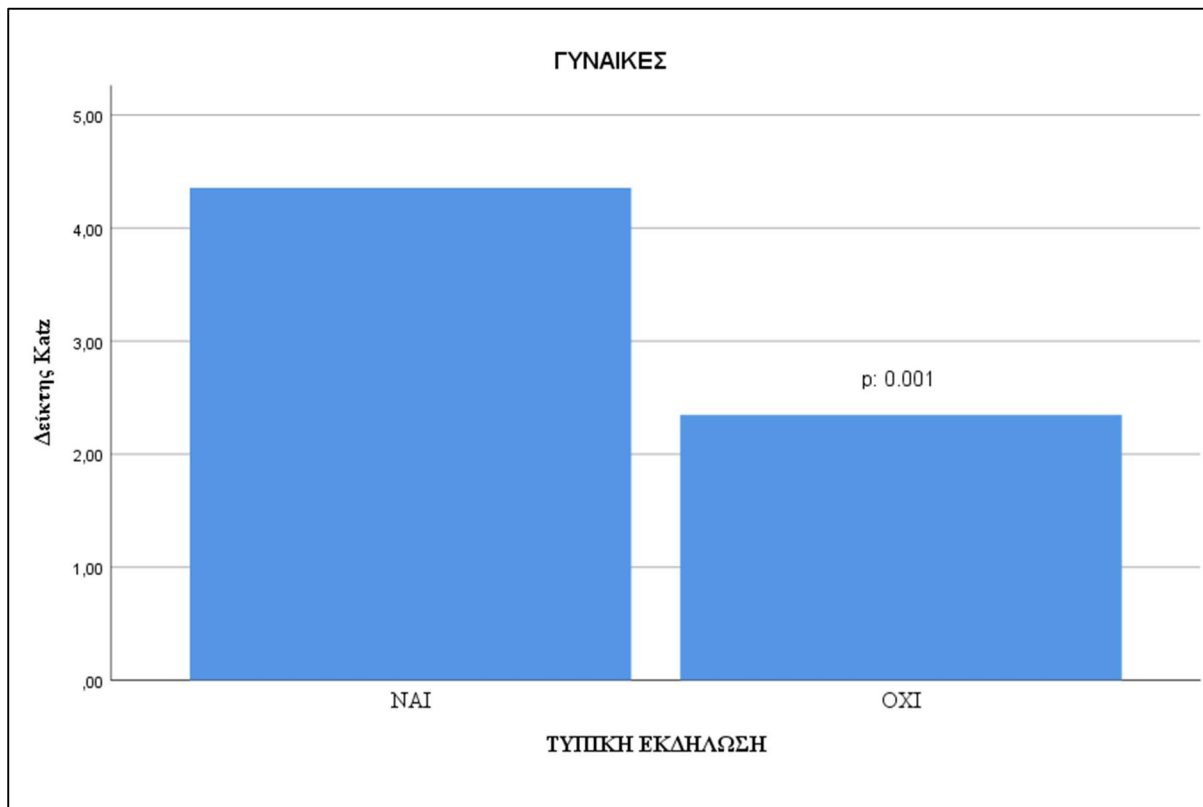
Και στην περίπτωση των ηλικιωμένων γυναικών, η δυσμενής έκβαση της νοσηλείας ήταν συχνότερη σε εκείνες με την αρχικά άτυπη εκδήλωση. Ωστόσο, η διαφορά ήταν οριακά σημαντική ($p: 0.053$). Οι δύο παράμετροι που, ομοίως με τους άνδρες, ανευρίσκονταν σταθερά χαμηλότερες στις ασθενείς με άτυπη αρχική εκδήλωση, και μάλιστα με στατιστικώς σημαντική διαφορά, ήταν η ικανότητα εκτέλεσης των βασικών και εκτελεστικών δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής (δείκτες Katz και Lawton-Brody, αντίστοιχα) (πίνακας 6-12, εικόνες 6-12 έως 6-14).

ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Τυπική εκδήλωση	Άτυπη εκδήλωση	p
Δείκτης Katz	4.35	2.34	0.001
Δείκτης Lawton-Brody	4.03	1.46	0.002
Έκβαση			0.053
Βελτίωση	27	17	
Θάνατος	4	9	

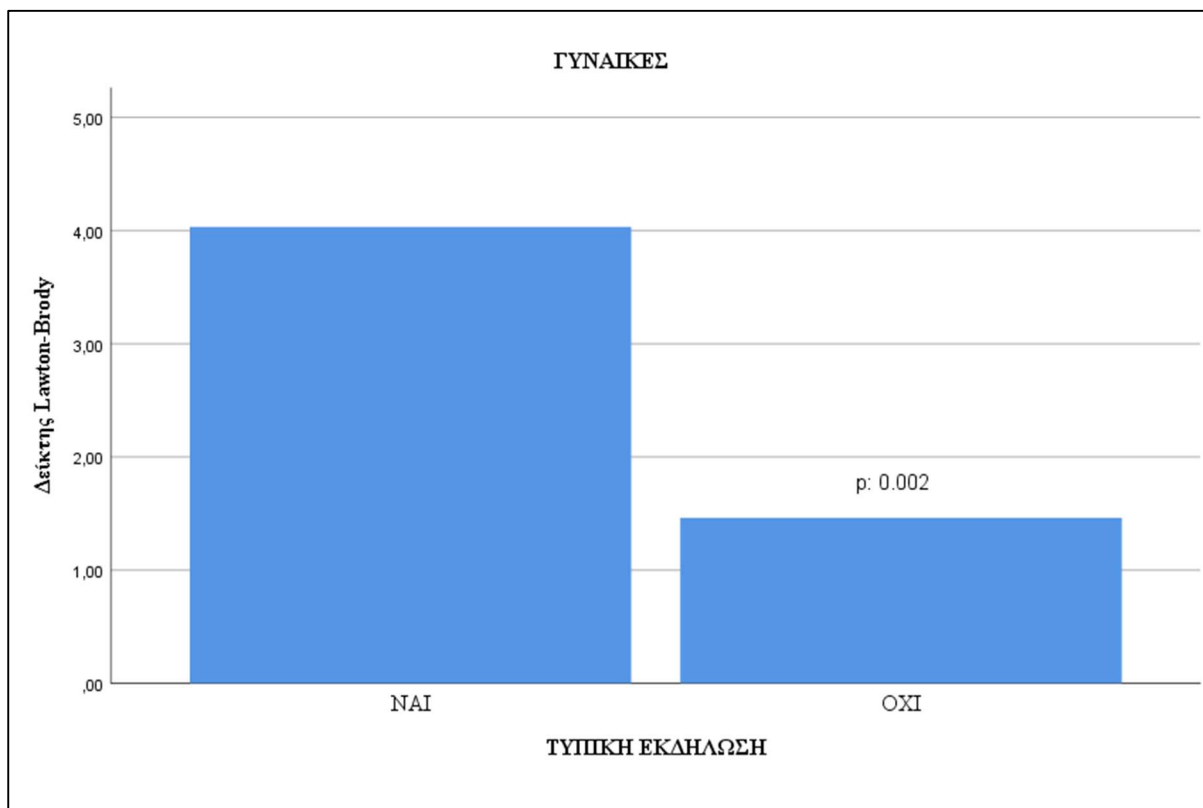
Πίνακας 6-12. Άτυπες εκδηλώσεις στις γυναίκες και συσχέτισή τους με τους δείκτες Katz και Lawton-Brody, και την έκβαση νοσηλείας



Εικόνα 6-12. Έκβαση νοσηλείας σε ηλικιωμένες γυναίκες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση



Εικόνα 6-13. Δείκτης Katz σε ηλικιωμένες γυναίκες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση



Εικόνα 6-14. Δείκτης Lawton-Brody σε ηλικιωμένες γυναίκες με τυπική και άτυπη αρχική εκδήλωση

Αν εστιάσει κανείς στις συχνότερες αιτίες προσέλευσης ανά φύλο και στο χαρακτηρισμό τους ως άτυπες ή τυπικές σε σχέση με την τελική διάγνωση, προκύπτουν ορισμένες ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις. Στους άνδρες, η διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας αποτελεί αποκλειστικά άτυπη εκδήλωση. Το ίδιο ισχύει, αν και όχι απόλυτα, για την πτώση εξ ιδίου ύψους. Αντιθέτως, η δύσπνοια και το εμπύρετο συνιστούν στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων τυπικές εκδηλώσεις της τελικής διάγνωσης. Μεταξύ των δύο άκρων βρίσκονται τα συμπτώματα της ομάδας «αδυναμία-κόπωση-καταβολή» (πίνακας 6-13).

Στις γυναίκες επαναλαμβάνονται τα ίδια ευρήματα σχετικά με την ατυπία της διαταραχής του επιπέδου επικοινωνίας και της πτώσης εξ ιδίου ύψους ως αιτιών προσέλευσης στο νοσοκομείο. Από την άλλη πλευρά, η δύσπνοια, το εμπύρετο και η δυσαρθρία σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις αποτελούν τυπικές εκδηλώσεις των τελικών διαγνώσεων (πίνακας 6-14).

ΑΝΔΡΕΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	9	1
ΑΔΥΝΑΜΙΑ, ΚΟΠΩΣΗ, ΚΑΤΑΒΟΛΗ	4	4
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	0	7
ΕΜΠΥΡΕΤΟ	6	1
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	1	3

Πίνακας 6-13. Συχνότερες αιτίες προσέλευσης των ηλικιωμένων ανδρών στα ΤΕΠ και χαρακτηρισμός τους ως τυπικές ή άτυπες

ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΙΤΙΑ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ		
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	0	11
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	8	2
ΕΜΕΤΟΙ	6	0
ΠΤΩΣΗ ΕΞ ΙΔΙΟΥ ΥΨΟΥΣ	0	5
ΔΥΣΑΡΘΡΙΑ	4	1

Πίνακας 6-14. Συχνότερες αιτίες προσέλευσης των ηλικιωμένων γυναικών στα ΤΕΠ και χαρακτηρισμός τους ως τυπικές ή άτυπες

Οι συχνότερες διαγνώσεις εξόδου σε άνδρες και γυναίκες αναφέρονται στους πίνακες 6-15 και 6-16. Η συνηθέστερη διάγνωση εξόδου και στα δύο φύλα ήταν με διαφορά οι λοιμώξεις γενικότερα, στις οποίες περιλαμβάνονται και οι περιπτώσεις σήψης και νόσου COVID-19. Χαρακτηριστικά, 24 στους 53 άνδρες (ποσοστό 45.28%) και 28 στις 57 γυναίκες (ποσοστό 49.12%) εξήλθαν με διάγνωση κάποιας λοίμωξης. Μεταξύ των λοιμώξεων την πρώτη θέση καταλαμβάνουν οι λοιμώξεις αναπνευστικού, εξαιτίας εισρόφησης ή όχι, και ακολουθούν οι λοιμώξεις ουροποιητικού, η νόσος COVID-19 και οι λοιμώξεις του πεπτικού συστήματος. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτέλεσε τη δεύτερη συχνότερη διάγνωση τόσο στις γυναίκες, όσο και στους άνδρες μαζί με την καρδιακή ανεπάρκεια (πρωτοδιάγνωση ή επεισόδιο απορρύθμισης) και την αναιμία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
LRTI-ΕΙΣΠΡΟΦΗΣΗ	10
ΑΕΕ	5
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	5
ΑΝΑΙΜΙΑ	5
ΣΗΨΗ	4
ΚΟΛΙΤΙΔΑ	4
ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ	3
COVID-19	3

Πίνακας 6-15. Συχνότερες διαγνώσεις εξόδου στους ηλικιωμένους άνδρες

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
LRTI-ΕΙΣΠΡΟΦΗΣΗ	8
COVID-19	6
ΑΕΕ	5
ΛΟΙΜΩΞΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ	5
ΣΗΨΗ	4
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	4
ΚΟΛΙΤΙΔΑ	3

Πίνακας 6-16. Συχνότερες διαγνώσεις εξόδου στις ηλικιωμένες γυναίκες

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι περισσότερες από τις μισές λοιμώξεις στους άνδρες και περίπου τα δύο τρίτα των λοιμώξεων στις γυναίκες συνοδεύονταν από άτυπη αρχική εκδήλωση. Πιο αναλυτικά, σε 13 από τις 24 λοιμώξεις (ποσοστό 54.17%) στους άνδρες και 19 από τις 28 λοιμώξεις (ποσοστό 67.86%) στις γυναίκες η αιτία προσέλευσης ήταν η διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας, η πτώση εξ ιδίου ύψους, η αδυναμία/καταβολή/κόπωση και η άρνηση λήψης τροφής.

7. Συζήτηση

Η συγκεκριμένη καταγραφή συγκέντρωσε έναν ικανό αριθμό ηλικιωμένων ασθενών. Πλεονέκτημα της καταγραφής αποτέλεσε το γεγονός πως υπήρχαν δεδομένα για το ιστορικό των ασθενών και κυρίως για την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησής τους, ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν υπήρχαν συνοδοί. Από την άλλη πλευρά, μία μείζων αδυναμία της καταγραφής αποτελεί η απουσία στοιχείων σχετικά με την εκπαίδευση που, όπως έχει φανεί, σχετίζεται με την ικανότητα των ασθενών να δίνουν ιστορικό αλλά και με την παρουσία άτυπων εκδηλώσεων. Οι επαγγελματίες υγείας παραγνωρίζουμε τη σημασία αυτής της παραμέτρου και αμελούμε να ζητάμε τις σχετικές πληροφορίες.

Σε ό, τι αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, αναμενόμενο είναι το γεγονός πως η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών είχαν χάσει το σύζυγό τους, σε αντίθεση με τους περισσότερους άνδρες. Εντούτοις, η μέση ηλικία ανδρών και γυναικών που έφτασαν στο νοσοκομείο δεν παρουσιάζει διαφορές, γεγονός που μεταξύ άλλων υποδηλώνει τη φροντίδα που παρέχουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας στις χήρες ηλικιωμένες γυναίκες. Άλλωστε οι περισσότεροι ηλικιωμένοι της καταγραφής είχαν τουλάχιστον ένα τέκνο. Ο ρόλος της ελληνικής οικογένειας και οι δεσμοί μεταξύ των μελών της επιβεβαιώνονται και από το γεγονός πως λίγοι ηλικιωμένοι, άνδρες και γυναίκες, διαβιούν σε μονάδες χρόνιας φροντίδας. Ωστόσο, σε αυτήν την πραγματικότητα ίσως συντελεί και η απουσία αρκετών και αξιόπιστων τέτοιων δομών.

Αναφορικά με τον αριθμό των συνοδών νοσημάτων, περισσότεροι από τους μισούς στον υπό μελέτη πληθυσμό έπασχαν από τουλάχιστον τρία νοσήματα. Στην περίπτωση μάλιστα των ανδρών, οι άτυπες εκδηλώσεις ήταν συχνότερες σε εκείνους που είχαν περισσότερες συννοσηρότητες, εύρημα που συμφωνεί με τα βιβλιογραφικά δεδομένα.

Το ποσοστό των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών που προσέρχονται στο ΤΕΠ με μία εκδήλωση που αποδεικνύεται άτυπη ως προς την τελική διάγνωση είναι σημαντικό (41.5% των ανδρών και 45.6% των γυναικών), ελαφρώς υψηλότερο από αυτό που καταγράφεται διεθνώς. Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στην υπολειτουργία των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την έλλειψη δομών γηριατρικής φροντίδας στην Ελλάδα, που έχουν ως αποτέλεσμα να καταλήγουν στο νοσοκομείο περισσότεροι ηλικιωμένοι ασθενείς.

Οι ηλικιωμένοι με άτυπες αρχικές εκδηλώσεις παρουσιάζουν χαμηλότερη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης στις βασικές και εκτελεστικές δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως

αυτή αποτυπώνεται στους δείκτες Katz και Lawton-Brody, αντίστοιχα. Η παρατήρηση αυτή ισχύει και για τα δύο φύλα και έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, η συγκεκριμένη ομάδα των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών παρουσιάζει δυσμενέστερη έκβαση, εύρημα που επίσης ταυτίζεται με τα υπάρχοντα δεδομένα.

Μεταξύ των τελικών διαγνώσεων, οι λοιμώξεις είναι κυρίως αυτές που συνοδεύονται από άτυπες αρχικές εκδηλώσεις. Ανάμεσα δε στις λοιμώξεις, οι λοιμώξεις ουροποιητικού φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με άτυπες εκδηλώσεις, ιδίως στις ηλικιωμένες γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Οι λοιμώξεις αναπνευστικού, αν και συχνότερες, παρουσιάζουν μία ισορροπία μεταξύ άτυπων και τυπικών αρχικών εκδηλώσεων. Αξίζει να σημειωθεί, μιας και ο ιός SARS-CoV-2 εξακολουθεί να υφίσταται, ότι όλοι οι ηλικιωμένοι του υπό μελέτη πληθυσμού και τελική διάγνωση τη νόσο COVID-19 είχαν προσέλθει αιτιώμενοι ένα άτυπο σύμπτωμα, και όχι πυρετό ή δύσπνοια.

Μελετώντας τις άτυπες εκδηλώσεις συνολικά, μπορεί κάποιος με ασφάλεια να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η διαταραχή επιπέδου επικοινωνίας και η πτώση εξ ιδίου ύψους (μη τραυματικής αιτιολογίας) αποτελούν στις περισσότερες περιπτώσεις άτυπες εκδηλώσεις. Η αναφορά τους θα πρέπει να οδηγήσει στην αναζήτηση υποκείμενης παθολογίας, για παράδειγμα λοίμωξης ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Αντίθετα, ο πυρετός, όταν εμφανίζεται σε ηλικιωμένο, οφείλεται κατά κανόνα σε λοίμωξη και πρέπει να αναζητηθεί η εστία, ακόμη και αν δεν είναι εμφανής από την κλινικά εξέταση.

8. Συμπέρασμα

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αποτελούν έναν πληθυσμό ολοένα και μεγαλύτερο, με διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας. Ιδανικά, η προσέγγισή τους σε ένα χώρο παροχής τέτοιων υπηρεσιών, όπως είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, απαιτεί μία διεπιστημονική προσέγγιση με έμφαση όχι στην ασθένεια αλλά στον ασθενή και τις ανάγκες του. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες στην εμφάνιση των νοσολογικών οντοτήτων συγκριτικά με τους νεότερους ασθενείς. Οι άτυπες εκδηλώσεις είναι πολύ συχνές και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να τις γνωρίζουν και να τις αναγνωρίζουν έγκαιρα, ώστε να μην υπάρχει καθυστέρηση στη σωστή διάγνωση και θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών.

Βιβλιογραφία

- Andrès, E., Serraj, K., Federici, L., Vogel, T. & Kaltenbach, G. (2013). Anemia in elderly patients: New insight into an old disorder. *Geriatrics and Gerontology International*, 13(3), pp 519-527. doi: 10.1111/ggi.12017.
- Bellelli, G., Bruni, A., Malerba, M., Mazzone, A., Aliberti, S., Pesci, A. et al (2014). Geriatric multidimensional assessment for elderly patients with acute respiratory diseases. *European Journal of Internal Medicine*, 25(4), pp 304-11. doi: 10.1016/j.ejim.2014.03.002.
- Cappello, M., Morreale, G. & Licata, A. (2016). Elderly Onset Celiac Disease: A Narrative Review. *Clinical Medicine Insights. Gastroenterology*, 9, pp 41-9. doi: 10.4137/CGast.S38454
- Carvalho, J., Fernandes, S., Santos, P., Moura, C., Antunes, T. & Velosa, J. (2018). Acute pancreatitis in the elderly: a cause for increased concern? *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 30(3), pp 337-341. doi: 10.1097/MEG.0000000000001028
- Chan, T., Ngian, V., Hsu, K., Frankel, A. & Ong, B. (2020). Pulmonary embolism: clinical presentation and diagnosis in the oldest old. *Internal Medicine Journal*, 50(5), pp 627-631. doi: 10.1111/imj.14824.
- Chong, C. & Street, P. (2008). Pneumonia in the Elderly: A Review of the Epidemiology, Pathogenesis, Microbiology, and Clinical Features. *Southern Medical Journal*, 101(11), pp 1141-5. doi: 10.1097/SMJ.0b013e318181d5b5.
- Cortopassi, F., Gurung, P. & Pinto-Plata, V. (2017). Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elderly Patients. *Clinics in Geriatric Medicine*, 33(4), pp 539-552. doi: 10.1016/j.cger.2017.06.006.
- Covino, M., Petruzzello, C., Onder, G., Migneco, A., Simeoni, B., Franceschi, F. et al. (2019). A 12-year retrospective analysis of differences between elderly and oldest old patients referred to the emergency department of a large tertiary hospital. *peris*, 120, pp 7-11. doi: 10.1016/j.maturitas.2018.11.011
- Covino, M., Rosa, F., Ojetti, V., Quero, G., Fiorillo, C., Sganga, G. et al (2021). Acute Diverticulitis in Elderly Patients: Does Age Really Matter? *Digestive Diseases*, 39(1), p 33-41. doi: 10.1159/000509049

- Coyne, R. (2019). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. In Greenberg, S. (Ed.), *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing
- Davis, P., Gibson, R., Wright, E., Bryan, A., Ingram, J., Ping Lee, R. et al. (2021). Atypical presentations in the hospitalised older adult testing positive for SARS-CoV-2: a retrospective observational study in Glasgow, Scotland. *Scottish Medical Journal*, 66(2), pp 89-97. doi: 10.1177/0036933020962891.
- Deb, B., O Prichard, D. & Bharucha, A. (2020). Constipation and Fecal Incontinence in the Elderly. *Current Gastroenterology Reports*, 22(11), pp 54-70. doi: 10.1007/s11894-020-00791-1
- Dharmarajan, K. & Rich, M. (2017). Epidemiology, Pathophysiology, and Prognosis of Heart Failure in Older Adults. *Heart Failure Clinics*, 13(3), pp 417-426. doi: 10.1016/j.hfc.2017.02.001.
- Domingo, P., Pomar, V., de Benito, N. & Coll, P. (2013). The spectrum of acute bacterial meningitis in elderly patients. *BMC Infectious Diseases*, 13: 108, pp 1-9. doi: 10.1186/1471-2334-13-108
- Duntas, L. & Yen, P. (2019). Diagnosis and treatment of hypothyroidism in the elderly. *Endocrine*, 66(1), pp 63-69. doi: 10.1007/s12020-019-02067-9.
- Elderly population. (2021) Retrieved May 21, 2023, from <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart>
- Engberding, N. & Wenger, N. (2017). Acute Coronary Syndromes in the Elderly. *F1000Research*, 2:6, pp 1791. doi: 10.12688/f1000research.11064.1.
- Englert, N. & Ross, C. (2015). The Older Adult Experiencing Sepsis. *Critical Care Nursing Quarterly*, 38(2), pp 175-81. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000059.
- Franceschi, M., Di Mario, F., Leandro, G., Maggi, S. & Pilotto, A. (2009). Acid-related disorders in the elderly. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology*, 23(6), pp 839-48. doi: 10.1016/j.bpg.2009.10.004.
- Fugazzola, P., Ceresoli, M., Agnoletti, V., Agresta, F., Amato, B., Carcoforo, P. et al. (2020). The SIFIPAC/WSES/SICG/SIMEU guidelines for diagnosis and treatment of acute

appendicitis in the elderly (2019 edition). *World Journal of Emergency Surgery*, 15. doi.org/10.1186/s13017-020-00298-0

Gallegos-Orozco, J., Foxx-Orenstein, A., Sterler, S. & Stoa, J. (2012). Chronic constipation in the elderly. *The American Journal of Gastroenterology*, 107(1), pp 18-25; quiz 26. doi: 10.1038/ajg.2011.349

Gambert, S., Kant, R. & Miller, M. (2014). Thyroid, Parathyroid, & Adrenal Gland Disorders. In Williams, B. et al (Ed.), *Current Diagnosis and Treatment: Geriatrics* (pp 306-312). McGrawHill: New York

Gawronska, K. & Lorkowski, J. (2021). Falls as One of the Atypical Presentations of COVID-19 in Older Population. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 12, pp 1-5. doi: 10.1177/2151459321996619

Ghosh, S. & Jehi, L. (2014). New-onset epilepsy in the elderly: challenges for the internist. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 81(8), pp 490-8. doi: 10.3949/ccjm.81a.13148

Hall, K. (2014). Gastrointestinal & Abdominal Complaints. In Williams, B. et al (Ed.), *Current Diagnosis and Treatment: Geriatrics* (pp 259-270). McGrawHill: New York

High, K. (2012). Diagnostic Challenges and Opportunities in Older Adults with Infectious Diseases. *Clinical Infectious Diseases*, 54(7), pp 973–978. doi: 10.1093/cid/cir927

Hoopera, L., Bunna, L., Jimoha, F. & Fairweather-Taita, S. (2014). Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms of Ageing and Development*, 136-137, pp 50-8. doi: 10.1016/j.mad.2013.11.009.

Jasim, S. & Gharib, H. (2018). Thyroid and Aging. *Endocrine Practice*, 24(4), pp 369-374. doi: 10.4158/EP171796.RA.

Incalzi, R., Scarlata, S., Pennazza, G., Santonico, M. & Pedone, C. (2014). Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 25(4), pp 320-8. doi: 10.1016/j.ejim.2013.10.001

Kayani, W., Khan, M., Deshotels, M. & Jneid, H. (2020). Challenges and Controversies in the Management of ACS in Elderly Patients. *Current Cardiology Reports*, 22(7), pp 51. doi: 10.1007/s11886-020-01298-x.

- Kokturk, N., Oguzulgen, K., Demir, N., Demirel, K. & Ekim, N. (2005). Differences in Clinical Presentation of Pulmonary Embolism in Older vs Younger Patients. *Circulation Journal*, 69, pp 981 – 986. doi: 10.1253/circj.69.981.
- Koziel, D., Gluszek-Osuch, M., Suliga, E., Zak, M. & Gluszek, S. (2019). Elderly persons with acute pancreatitis – specifics of the clinical course of the disease. *Clinical Interventions in Aging*, 14, pp 33–41. doi: 10.2147/CIA.S188520
- Kurin, M. & Fass, R. (2019) Management of Gastroesophageal Reflux Disease in the Elderly Patient. *Drugs & Aging*, 36(12), pp 1073-1081. doi: 10.1007/s40266-019-00708-2
- Leuthauser, A. & McVane, B. (2016). Abdominal Pain in the Geriatric Patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(2), pp 363-75. doi: 10.1016/j.emc.2015.12.009.
- Lezaic, N., Roussy, J., Masson, H., Jetté, N. & Keezer, M. (2020). Epilepsy in the elderly: Unique challenges in an increasingly prevalent population. *Epilepsy & Behavior*, 102, pp 1-12. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.106724
- Liang, S. (2016). Sepsis and other Infectious Disease Emergencies in the Elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(3), pp 501-22. doi:10.1016/j.emc.2016.04.005.
- Life expectancy at birth. (2021). Retrieved May 21, 2023, from <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>
- Limpawattanaa, P., Phungoenb, P., Mitsungnernb, T., Laosuangkoon, W. & Tansangworn, N. (2015). Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 62, pp 97-102. doi: 10.1016/j.archger.2015.08.016.
- Lucke, J., Mooijaart, S., Heeren, P., Singler, K., McNamara, R., Gilbert T. et al. (2022). Providing care for older adults in the Emergency Department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. *European Geriatric Medicine*, 13(2), pp 309–317. doi: 10.1007/s41999-021-00578-1
- Ly, J. & Maquet, P. (2014). Accident vasculaire cérébrale au sujet âgé [Stroke and aging]. *Revue Médicale de Liège*, 69(5-6), pp 315-7. PMID: 25065238
- Magidson, P. & Carpenter, C. (2021). Trends in Geriatric Emergency Medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 39(2), pp 243-255. doi: 10.1016/j.emc.2020.12.004

- Martinez, J. & Mattu, A. (2006). Abdominal Pain in the Elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24(2), pp 371-88, vii. doi: 10.1016/j.emc.2006.01.010.
- Matthews, S.J. & Lancaster, J.W. (2011). Urinary Tract Infections in the Elderly Population. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(5), pp 286-309. doi: 10.1016/j.amjopharm.2011.07.002.
- McCabe, D. (2019). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). In Greenberg, S. (Ed.), *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing
- Miller, H. (2015). Dehydration in the Older Adult. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(9), pp 8-13. doi: 10.3928/00989134-20150814-02.
- Mody, L., Riddell, J., Kaye, K. & Chopra, T. (2014). Common Infections. In Williams, B. et al (Ed.), *Current Diagnosis and Treatment: Geriatrics* (pp 362-373). McGrawHill: New York
- Mohandas, R. & Gupta, K. (2003). Managing thyroid dysfunction in the elderly. *Postgraduate Medicine*, 113(5), pp 54-6. doi: 10.3810/pgm.2003.05.1407.
- Nentwich, L. & Grimmnitz, B. (2016). Neurologic Emergencies in the Elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(3), pp 575-99. doi: 10.1016/j.emc.2016.04.009.
- Paruthi, C. & Paniagua, M. (2014) Addressing Chest Pain in Older Adults. In Williams, B. et al (Ed.), *Current Diagnosis and Treatment: Geriatrics* (pp 483-486). McGrawHill: New York
- Panjrath, G. & Ahmed, A. (2017). Diagnosis and Management of Heart Failure in Older Adults. *Heart Failure Clinics*, 13(3), pp 427-444. doi: 10.1016/j.hfc.2017.02.002
- Perissinotto, M. & Ritchie, C. (2014). Atypical Presentations of Illness in Older Adults. In Williams, B. et al (Ed.), *Current Diagnosis and Treatment: Geriatrics* (pp 45-49). McGrawHill: New York
- Perrotta, F., Corbi, G., Mazzeo, G., Boccia, M., Aronne, L., D'Agnano, V. et al. (2020). COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(8), pp 1599-1608. doi: 10.1007/s40520-020-01631-y.
- Perry, A., Tejada, T. & Melady, D. (2018). An approach to the Older Patient in the Emergency Department. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(3), pp 299-311. doi: 10.1016/j.cger.2018.03.001.

- Pop-Vicas, A. & Gravenstein, S. (2011). Influenza in the elderly: a mini-review. *Gerontology*, 57(5), pp 397-404. doi: 10.1159/000319033
- Robert-Ebadi, H. & Righini, M. (2014). Diagnosis and management of pulmonary embolism in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 25(4), pp 343-9. doi: 10.1016/j.ejim.2014.03.009.
- Rogers, R. (2007). Venous Thromboembolic Disease in the Elderly Patient: Atypical, Subtle, and Enigmatic. *Clinics in Geriatric Medicine*, 23(2), pp 413-23. doi: 10.1016/j.cger.2007.01.013.
- Rosa, F., Covino, M., Cozza, V., Fransvea, P., Quero, G., Fiorillo, C. et al. (2021). Management of acute cholecystitis in elderly patients: A propensity score-matched analysis of surgical vs. medical treatment. *Digestive and Liver Disease*, 53(12), pp 1620-1626. doi: 10.1016/j.dld.2021.01.011
- Routasalo, P., Suominen, T. & Steinmiller, J. (2015). Older people in the emergency department: a literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 10, pp 284–305. doi: 10.1111/opn.1209
- Salzman, B. & Snyderman, D. (2014). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In Williams, B. et al (Ed.), *Current Diagnosis and Treatment: Geriatrics* (pp 251-258). McGrawHill: New York
- Shahid, Z., Kalayanamitra, R., McClafferty, B., Kepko, D., Ramgobin, D., Patel, R. et al. (2020). COVID-19 and Older Adults: What We Know. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), pp 926-929. doi: 10.1111/jgs.16472.
- Stauder, R., Valent, P. & Theurl, I. (2018). Anemia at older age: etiologies, clinical implications, and management. *Blood*, 131(5), pp 505-514. doi: 10.1182/blood-2017-07-746446
- Talbott K. (2017). Influenza in Older Adults. *Infectious Diseases Clinics of North America*, 31(4), pp 757-766. doi: 10.1016/j.idc.2017.07.005
- Theou, O., Campbell, S., Malone, M. & Rockwood, K. (2018). Older Adults in the Emergency Department with Frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(3), pp 369-386. doi: 10.1016/j.cger.2018.04.003

Tresch, D. & Alla, H. (2007). Diagnosis and Management of Myocardial Ischemia (Angina) in the Elderly Patient. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 10(6), pp 337-344. doi.org/10.1111/j.1076-7460.2001.00694.x

Tyler, K & Stevenson, M. (2017). Respiratory Emergencies in Geriatric Patients. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(1), pp 39-49. doi: 10.1016/j.emc.2015.08.003.

Ukkonen, M., Jämsen, E., Zeitlin, R & Pauniaho, S-L. (2019). Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emergency Medicine*, 19, pp 1-8. doi: 10.1186/s12873-019-0236-3

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2022). *World Population Prospects. Summary of Results*. New York: United Nations

Woitok, B., Ravioli, S., Funk, G-C. & Lindner, G. (2020). Characteristics of very elderly patients in the emergency department - A retrospective analysis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 46, pp 200-203. doi: 10.1016/j.ajem.2020.07.012.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα: Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.