

Zespół słabości u osób w podeszłym wieku

Nie każdy z nas starzeje się w tym samym tempie. Choć samo starzenie i zmiany zachodzące wówczas w organizmie to nieuchronny proces biologiczny, jego przebieg może mieć różną dynamikę. Gdy patrzymy na osoby czynne zawodowo w podeszłym wieku lub krzepkich seniorów, którzy po sześćdziesiątym roku życia rozpoczęli swoją przygodę ze sportem i kontynuują ją bez problemu przez następne dekady, możemy mówić o pozytywnym starzeniu się. Na drugim biegunie starości istnieje jednak zespół słabości – stosunkowo niedawno opisany przez medycynę syndrom związany nie tylko z samym procesem starzenia, ale również nakładającymi się na niego zespołami chorobowymi oraz postępującym upośledzeniem sprawności.

Frailty syndrom – znany od wielu lat w geriatrici amerykańskiej, tłumaczony jest na język polski jako: zespół słabości, kruchości, wątłości, lub zespół wyczerpania rezerw. Jest on ściśle związany z osobami w wieku starszym z problemami zdrowotnymi i z postępującym zmniejszaniem się sprawności fizycznej. Zespół słabości należy do zasadniczych problemów zdrowotnych osób starszych. Zainteresowanie tym zespołem w świecie geriatrici w ostatnich latach znacznie wzrosło z powodu częstości jego występowania w starzejącej się populacji. Poniżej przedstawiono różne definicje zespołu słabości i ogólną charakterystykę oraz ukazano kryteria diagnostyczne. Pacjentom ze zdiagnozowanym zespołem słabości należy poświęcić szczególną uwagę, ponieważ występuje u nich zwiększone ryzyko niesprawności, upadków, inwalidztwa, które prowadzą do częstej hospitalizacji, zwiększa ogólne koszty opieki, objawia się gorszym rokowaniem po leczeniu operacyjnym oraz osłabioną reakcją organizmu na zastosowane leczenie i zwiększonym ryzykiem śmierci. Obniża jakość życia i dobre samopoczucie psychiczne, staje się trudnym wyzwaniem dla rodzin, opiekunów i opieki społecznej.

Zwiększone ryzyko wystąpienia zespołu słabości występuje u osób: w zaawansowanym wieku, z zaburzeniami widzenia, z upośledzeniem funkcji poznawczych i z obniżonym nastrojem, ze słabością kończyn, z zaburzeniami równowagi i chodu, stosujących leki uspokajające, u których współistnieją liczne choroby przewlekłe.

Idąc za ścisłą definicją medyczną, stan zwiększonej podatności na różne stresogenne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne w wyniku zmniejszenia rezerw fizjologicznych organizmu. Oznacza to, że czynnik, który dotychczas nie powodowałby szkód (na przykład niegroźne z pozoru przeziębienie, drobny zabieg operacyjny, zmiana leku) może wywołać u pacjenta z zespołem słabości nieoczekiwane negatywne skutki zdrowotne. Najczęstszą konsekwencją zespołu słabości jest zwiększona podatność na upadki, częstsze i wydłużające się pobyty w szpitalu, narastająca niepełnosprawność oraz większe



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl



Rzeczpospolita
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

ryzyko zgonu niż w populacji osób starszych, u których nie zdiagnozowano zespołu słabości. Częstość występowania wykazuje wyraźną zależność od wieku: od 4% w przedziale 65-69 lat, 7% w wieku 70-74 lat, 9% między 75. A 79. rokiem życia, do 16% w przedziale 80-84 lat i 26% wśród osób powyżej 85 lat. W młodszym wieku, wśród pacjentów z zespołem kruchości dominują kobiety, podczas gdy proporcje te zmieniają się na rzecz mężczyzn, w miarę upływu lat. Wiele przypadków zespołu słabości pozostaje wciąż poza prawidłową diagnostyką.

Jak diagnozuje się zespół słabości?

Diagnostyka zespołu słabości jest prosta i niemal ogólnodostępna. Problemem jest wychwycenie chorych, którzy potencjalnie mogą cierpieć na zespół słabości i właściwa ich identyfikacja. Zadanie takie ciąży na pracownikach ochrony zdrowia, którzy mogą mieć kontakt z pacjentami w podeszłym wieku: lekarzami, pielęgniarkami, fizjoterapeutami, opiekunami medycznymi, a także pracownikami socjalnymi, którzy docierają do większej grupy osób. Warto również, by rodziny osób starszych zdawały sobie sprawę z faktu istnienia zespołu słabości. W rozpoznawaniu zespołu słabości stosuje się najczęściej **pięć kryteriów diagnostycznych wg Frieda**, jakimi są:

- niezamierzone zmniejszenie masy ciała (> 5 kg w ciągu 12 miesięcy);
- osłabienie - oceniane na podstawie zmierzonej dynamometrem siły dłoni, z uwzględnieniem wieku i wartości wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*);
- wyczerpanie - subiektywne lub określane przy użyciu skali depresji (CES-D, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*);
- spowolnienie chodu - mierzone szybkością przejścia 15 stóp - ok. 4,6 m z uwzględnieniem płci i wzrostu badanej osoby;
- obniżona aktywność fizyczna - na podstawie skróconej wersji Kwestionariusza Aktywności Fizycznej Minnesota (MLTPAQ, *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire*).

Zespół słabości można rozpoznać, jeśli stwierdzi się co najmniej trzy spośród wymienionych powyżej wymienionych kryteriów.

Patomechanizm zespołu słabości związany jest ze stężeniem markerów zapalnych (CRP, IL-6, IL-1B, IL-2, czynnik martwicy nowotworu alfa), z zaburzeniami krzepnięcia (czynnik VII, fibrynogen, D-dimery), ze zmianami w układzie hormonalnym (hormony płciowe: estrogeny, testosteron; hormon wzrostu, kortykoidy), utratą masy ciała i siły mięśniowej.

Narzędzia diagnostyczne, to m.in.: *Clinical Global Impression of Change* (CGIC), *Frailty Index* (FI), *DSM-III-R - criteria of diagnosis of frailty*, *CSHA Function Scale*.

Prostym narzędziem skryningowym do oceny ryzyka zespołu słabości w populacji osób starszych w



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl



Rzeczpospolita
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit

POZ służy *SHARE Frailty Instrument* (SHARE-FI).

Piśmiennictwo:

1. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K. (red.): *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.

Źródło zdjęcia: <https://www.canva.com/photos/>



Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niezależnych w Krakowie

ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl



Rzeczpospolita
Polska

MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pn. Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie, dofinansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 w ramach 9. Osi priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.2 usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa -zit