19 listopada 2021

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 geriatrii 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 geriatrii 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, Przewlekle 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

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – 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: lekarzach, pielęgniarkach, fizjoterapeutach, opiekunach medycznych, a także pracownikach socjalnych, 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 Depresion 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, Przewlekle 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

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – 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 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

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT