

Zespół słabości

Karolina Piotrowicz

Tomasz Grodzicki

Hanna Kujawska-Danecka

Adam Hajduk

Anna Skalska

Analiza statystyczna: Kacper Jagiełło, Adam Wyszomirski

1. Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

2. Gdański Uniwersytet Medyczny



Zespół słabości – analizy w POLSENIOR 2

metodologia



Zespół słabości – *frailty* (3/5)

Stan zagrożenia zespołem słabości – *pre-frailty* (1-2/5)

Niezamierzona utrata masy ciała	Niezamierzona utrata masy ciała: 4,5kg/6 m-cy lub 5% mc/6 m-cy
Mała aktywność fizyczna	Spaceruje Pan mniej niż 2,5 godziny/tydzień? Spaceruje Pani mniej niż 2 godziny/tydzień?
Spowolnienie ruchowe	Prędkość chodu na dystansie 3m (m/s)
Obniżenie siły mięśniowej	Oceniane dynamometrem ręcznym (kg)
Wyczerpanie	<ul style="list-style-type: none">• Wszystko, co robiłem(am) w ciągu ostatniego tygodnia, sprawiało mi trudność.• Nie mogłem(am) rozpocząć aktywności (zebrać się w sobie)

Zespół słabości – znaczenie



Frailty 1



Frailty: implications for clinical practice and public health

Emiel O Hoogendijk, Jonathan Afilalo, Kristine E Ensrud, Paul Kowal, Graziano Onder, Linda P Fried

Frailty is an emerging global health burden, with major implications for clinical practice and public health. The prevalence of frailty is expected to rise alongside rapid growth in the ageing population. The course of frailty is characterised by a decline in functioning across multiple physiological systems, accompanied by an increased vulnerability to stressors. Having frailty places a person at increased risk of adverse outcomes, including falls, hospitalisation, and mortality. Studies have shown a clear pattern of increased health-care costs and use associated with frailty. All older adults are at risk of developing frailty, although risk levels are substantially higher among those with comorbidities, low socioeconomic position, poor diet, and sedentary lifestyles. Lifestyle and clinical risk factors are potentially modifiable by specific interventions and preventive actions. The concept of frailty is increasingly being used in primary, acute, and specialist care. However, despite efforts over the past three decades, agreement on a standard instrument to identify frailty has not yet been achieved. In this Series paper, we provide an overview of the global impact and burden of frailty, the usefulness of the frailty concept in clinical practice, potential targets for frailty prevention, and directions that need to be explored in the future.

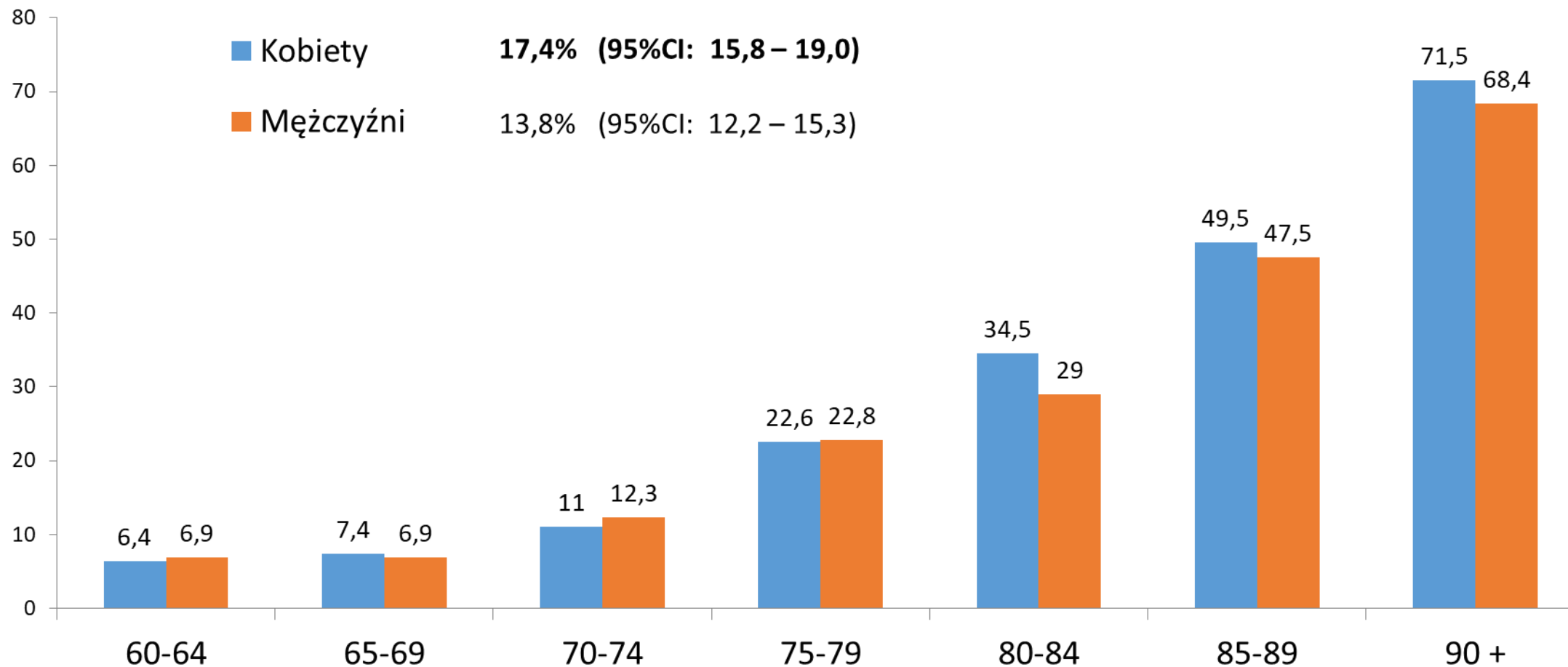
Lancet 2019; 394: 1365–75

This is the first in a Series of two papers about frailty

See Editorial page 1298

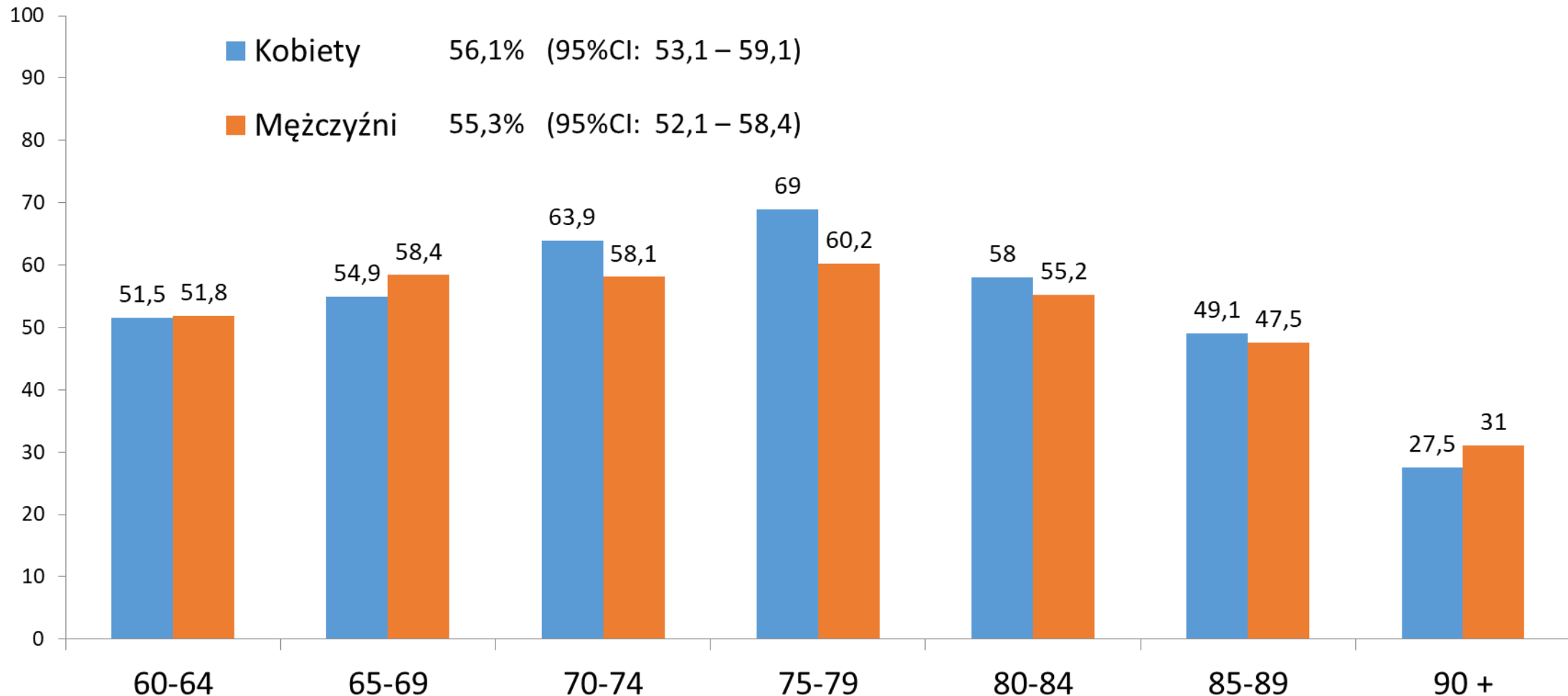
Department of Epidemiology and Biostatistics, Amsterdam Public Health research institute, Amsterdam UMC, location VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands (E O Hoogendijk PhD); Division of Cardiology and Centre for Clinical Epidemiology, Jewish General

Zespół słabości – wyniki w POLSENIOR 2



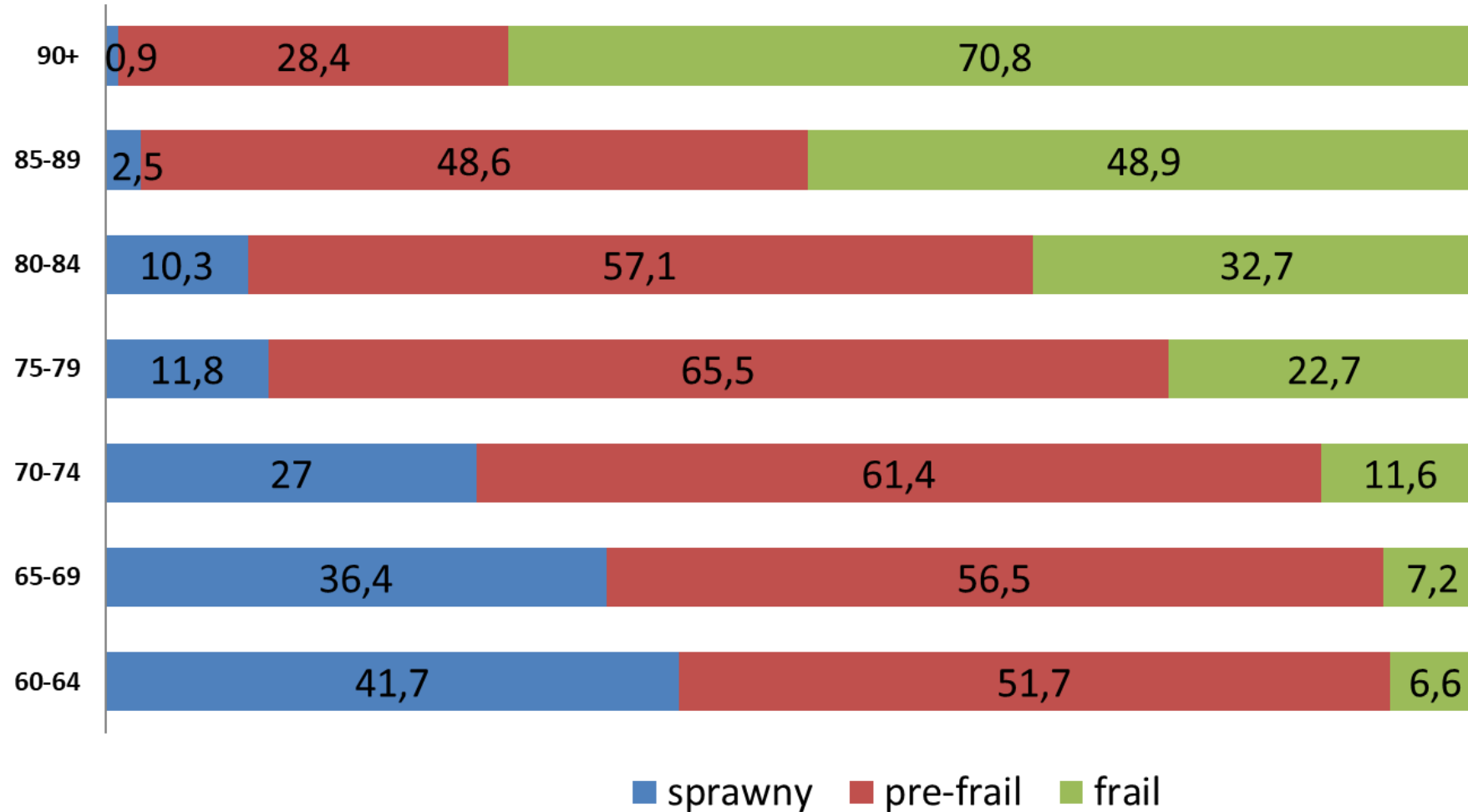
Ogółem: **15,9%** (95%CI: 14,6-17,1)

Stan zagrożenia zespołem słabości – wyniki w POLSENIOR 2



Ogółem: **55,8%** (95%CI: 53,3-58,2)

Zespół słabości– wyniki w POLSENIOR 2



Ogółem: frail: **15,9%** (95%CI: 14,6-17,1), pre-frail: **55,8%** (95%CI: 53,3-58,2), sprawny: **28,4%** (95%CI: 25,7-31,1)

Zespół słabości- wykształcenie



Wykształcenie	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Podstawowe, niepełne podstawowe	25,0 (20,1-29,8)	30,0 (26,2-33,8)	28,3 (25,2-31,4)
Zasadnicze zawodowe	11,1 (8,3-13,8)	13,3 (9,9-16,7)	12,0 (9,7-14,3)
Gimnazjalne, średnie, pomaturalne	11,8 (8,7-14,9)	12,2 (9,7-14,6)	12,0 (9,8-14,2)
Wyższe	8,6 (6,3-10,9)	9,6 (5,9-13,3)	9,2 (6,8-11,6)

Zespół słabości a poziom wykształcenia. Wyniki przedstawiono jako wartości procentowe z 95% przedziałami ufności.

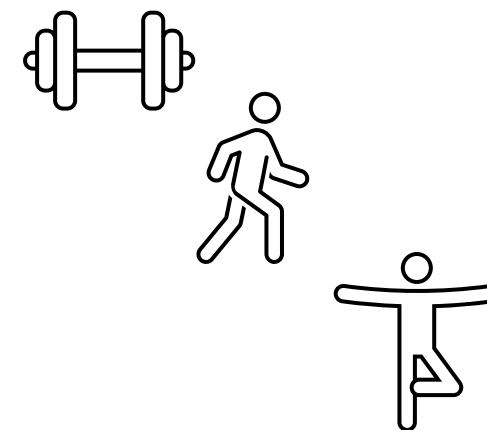
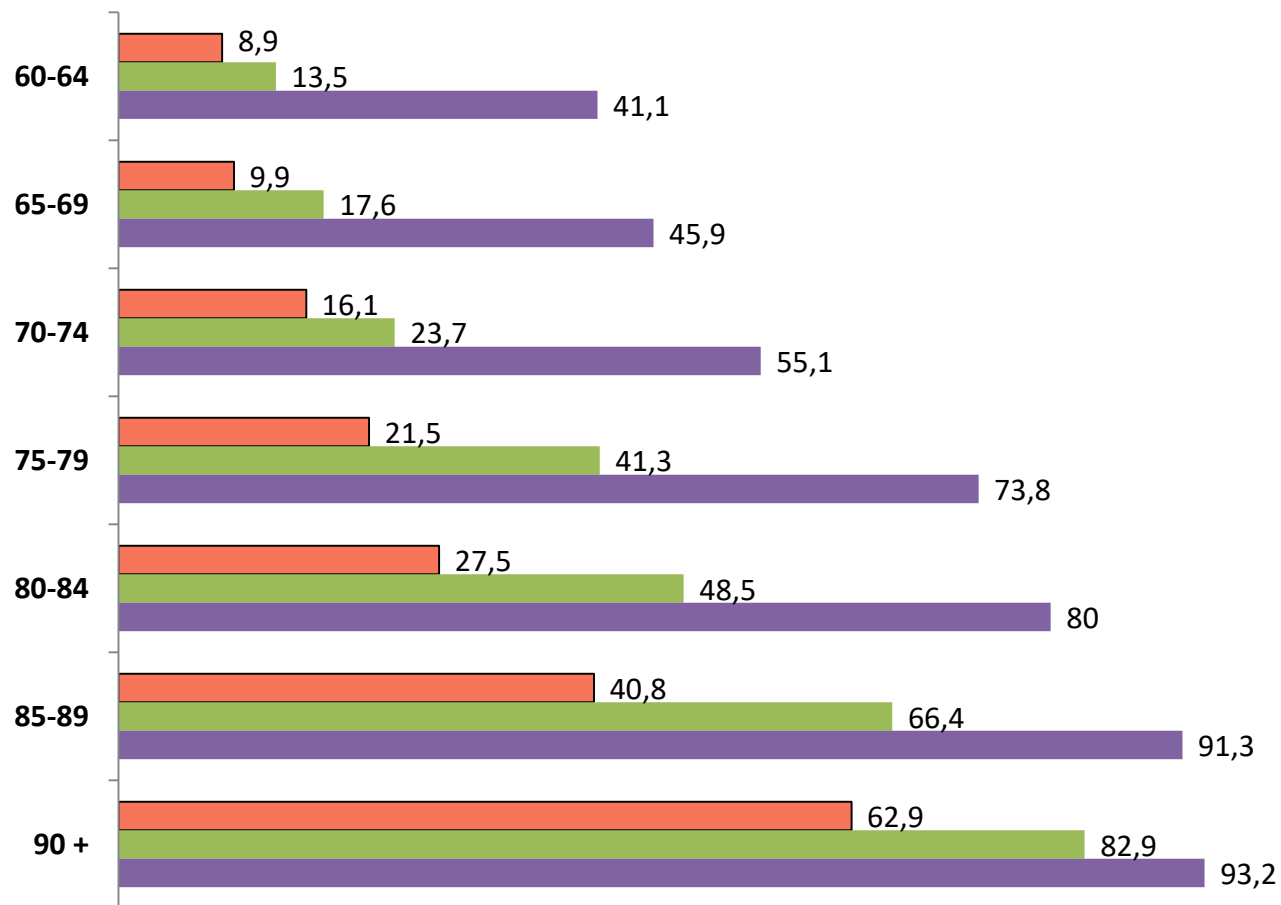
Stan zagrożenia zespołem słabości- wykształcenie



Wykształcenie	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Podstawowe, niepełne podstawowe	56,0 (50,2-61,8)	58,6 (53,9-63,4)	57,8 (53,9-61,7)
Zasadnicze zawodowe	57,1 (51,6-62,6)	57,9 (51,8-64,0)	57,4 (53,0-61,9)
Gimnazjalne, średnie, pomaturalne	53,7 (48,5-58,9)	56,3 (52,2-60,4)	55,3 (52,0-58,6)
Wyższe	51,7 (43,4-59,9)	48,0 (40,8-55,1)	49,5 (44,2-54,9)

Stan zagrożenia zespołem słabości a poziom wykształcenia. Wyniki przedstawiono jako wartości procentowe z 95% przedziałami ufności.

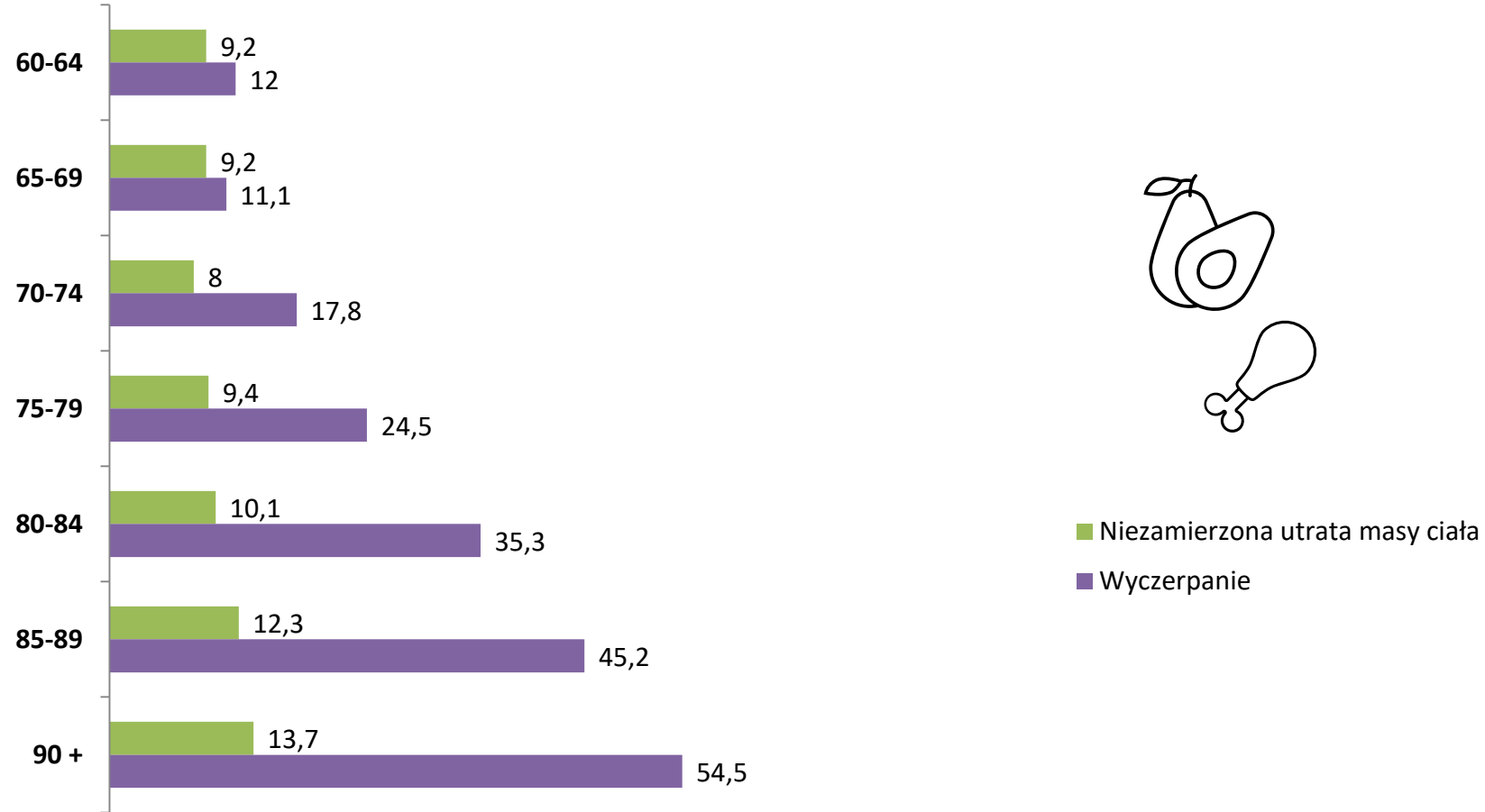
Zespół słabości – poszczególne składowe



- Mała aktywność fizyczna
- Obniżona siła mięśniowa
- Spowolnienie prędkości chodu

Ogółem: mała aktywność fizyczna: **16,5%** (95%CI: 14,8-18,3), obniżona siła mięśniowa: **26,9%** (25,4-28,4), spowolnienie prędkości chodu: **56,3%** (52,7-60)

Zespół słabości – poszczególne składowe



Ogółem: niezamierzona utrata masy ciała: **9,4%** (95%CI: 8,4-10,3), wyczerpanie: **19,2%** (95%CI: 17,6-20,8)

PODSUMOWANIE WYNIKÓW



- Częstość występowania zespołu słabości wzrasta z wiekiem.
- Zespół słabości częściej występuje u kobiet.
- Ponad połowa osób starszych jest zagrożona rozwojem zespołu słabości.
- Zaledwie 1/3 populacji osób starszych jest sprawna i nie prezentuje żadnej składowej zespołu słabości.
- Spowolnienie prędkości chodu jest najczęściej występującym elementem zespołu słabości.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Problem zespołu słabości dotyczy niemal co 6 osoby,
a zagrożenie wystąpieniem zespołu słabości co 2 osoby starszej,

w związku z tym rekomendujemy:

- przesiewową diagnostykę w kierunku występowania zespołu słabości
- +
- identyfikację indywidualnych deficytów osoby starszej ze spersonalizowanym postępowaniem leczniczym i zapobiegawczym.





1. Konieczna jest edukacja profesjonalistów ochrony zdrowia w zakresie zespołu słabości - rozpoznawania oraz zasad postępowania z osobami zagrożonymi zespołem słabości oraz prezentującymi typowy obraz kliniczny.
2. Wskazane jest przygotowanie i wdrożenie kwestionariuszy przesiewowych, które mogą być stosowane w obszarze m.in. Podstawowej Opieki Zdrowotnej – łatwe i szybkie do zastosowania przez różnych profesjonalistów ochrony zdrowia, np. pielęgniarkę, fizjoterapeutę (nie wymagając zaangażowania lekarza, tym bardziej geriatry).



3. Konieczne jest zwiększenie dostępu do rehabilitacji usprawniającej dla osób z zespołem słabości lub nim zagrożonych, a zwłaszcza po epizodzie ostrego pogorszenia/zachorowania wymagającej hospitalizacji.

Wskazane jest wsparcie organizacyjne i finansowe, zwłaszcza na poziomie samorządowym, zajęć sportowych dla osób starszych (np. *Nordic Walking*, zajęcia na pływalni, gimnastyka dla seniorów).

4. Konieczne jest zwiększenie dostępu do specjalistycznego poradnictwa dietetycznego i leczenia żywieniowego.



5. Wskazane jest zwiększenie sieci wsparcia socjalnego dla osób z zespołem słabości, np. poprzez rozwój mieszkań wspomaganych dla seniorów czy zwiększenie wsparcia opiekunów MOPR/MOPS. Może to przedłużyć funkcjonowanie tych osób w środowisku domowym i oddalić konieczność instytucjonalizacji.

6. Konieczne jest edukowanie seniorów w zakresie korzyści, jakie mogą odnieść z regularnej aktywności fizycznej i prawidłowej diety – interwencji, które mogą zmniejszyć ryzyko zespołu słabości oraz jego niekorzystne skutki.