

## OBSERVAȚII ȘI REFLECȚII PE BAZA EXPERIENȚEI ÎNGRIJIRII VÂRSTNICULUI FRAGIL

*Observations and reflections based on the experience of elderly caregiving*

Bogdan Constantin<sup>1</sup>, Mihaela Ceucă<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centrul medico-social „Sf. Andrei“, București

<sup>2</sup>Spitalul de Geriatrie „Sf. Luca“, București

### REZUMAT

Studiile dedicate procesului de fragilitate în geriatrie și gerontologie, precum și încercările de individualizare a unui nou sindrom geriatric reprezintă o preocupare în cercetarea geronto-geriatrică a ultimilor ani. Subsemnații, autori ai lucrării de față, deținători ai unei experiențe unice în îngrijirea *vârstnicilor fragili* (unul dintre noi a îngrijit nemijlocit pacienții vârstnicii fragili timp de peste treizeci de ani) au acumulat multe observații – clinice, paraclinice, de nursing și prevenție – prilej de reflexii expuse într-o lucrare predominant de opinii. Reflexia principală exprimă, în primul rând, dificultatea delimitării unui astfel de sindrom, a obținerii unui consens, condiție a integrării nosologice a unei noi entități. Semiologia bogată a pacientului vârstnic, declinul (multi) funcțional a inspirat, de-a lungul timpului, pe mulți cercetători care au făcut descrieri nosologice, ce se suprapun într-o măsură mai mare sau mai mică pe sindromul în discuție. De mai mulți ani ONU a propus clasificarea vârstnicilor în „vârstnici activi“ și „vârstnici fragili“; alții au descris sindromul de regresie psiho-motorie, „le syndrom de glissement“, „l'affaiblissement psycho-intellectuelle“, precum și ceea ce unul dintre noi a descris ca „sindromul vulnerabilității multiple a vârstnicului“. Pe de altă parte, fragilitatea nu are un specific de vârstă, ea putând fi interpretată mai degrabă ca o „stare“ decât ca un sindrom, cum ar fi starea grabatară, starea terminală, starea de dependență, stadiile severe din evoluția demențelor ș.a.m.d. În pofida dificultăților de definire, conceptul de fragilitate aduce beneficii privind înțelegerea specificității pacientului vârstnic, privind abordarea holistică a problemelor sale și, nu în ultimul rând furnizează instrumente care să indice necesitatea instruirii măsurilor de prevenție, cu efecte favorabile pentru durata și calitatea vieții.

**Cuvinte cheie:** îngrijire vârstnic, fragilitate, experiență personală a autorilor

### ABSTRACT

Studies dedicated to the process of frailty in geriatrics and gerontology, and also the attempts to individualize a new geriatric syndrom it was a concern in the last years. The authors of this paper, having an unique experience in caring for frail elderly (one of us directly cared frail elderly patients for more than thirty years) have accumulated many observation – clinical, laboratory, nursing and prevention – opportunity for reflection based on author's opinions. The most important reflection expresses primarily the difficulty to mark off such a syndrome, to have a consensus, which is a condition to integrate a new entity. The rich semiology of elderly patients, the (multi) functional decline inspired over the years many researchers who elaborated nosological descriptions overlapped, more or less to the frailty syndrome. UNO proposed from several years a classification of elderly in the "active elderly" and "frail elderly". Others described the psycho-motor regression has described as "elder's multiple vulnerabilities syndrome".

Moreover, frailty is not a specific status of the elderly, but it could be interpreted rather as a "state" than a syndrome, such as bedridden condition, terminal condition, state of dependence, severe stages of dementias and so on.

Despite the difficulties of defining the concept of frailty brings some benefit concerning the understanding of the specificity of elderly patient, the holistic approach of his problems, not least provides tools to indicate the need of preventive measures, with good effects on the longevity and the quality of life.

**Keywords:** elderly care, frailty, authors experiences

Adresa de corespondență:

Bogdan Constantin, Centrul medico-social „Sf. Andrei“, București

E-mail: c\_bogdan34@yahoo.com

## FRAGILITATEA LA VÂRSTNIC

Ce este:

În literatură se menționează „fragilitatea“ din anii '80 (1986):

- 1988 Woodhouse: persoane peste 65 de ani, care depind de alții pt ADL;
- Gillik: vârstnici debilitați, care nu pot supraviețui fără ajutorul altora;
- Pawlson: cu polipatologie;
- Williams: vârstnici care necesită spitalizare de lungă durată, din cauza unor boli cronice debilizante;
- Clayman: „un vârstnic care nu este nici foarte bine, nici foarte rău“;
- Care sunt atât de grav afectați, încât nu mai pot fi numiți fragili;
- Bortz: victimele efectelor timpului, care este insidios și de neoprit hoț de energie și de vitalitate;
- Buchner și Wagner: scăderea rezervelor fiziologice, ducând la creșterea riscului de dizabilitate;
- Este rezultatul reducerii multisistemice a apatitudinilor fiziologice, care limitează capacitatea de adaptare și de anticipare la stres sau la schimbările din mediu;
- Scăderea rezervei funcționale (STAMINA) sub un anumit prag;
- Un stadiu între funcțional și nefuncțional, între sănătos și bolnav;
- Pierderea rezervei fiziologice;
- Pierderea rezistenței;
- Slăbiciune/vulnerabilitate
- Acumulare de mici deficiențe;
- Prezența de anomalii funcționale fiziologice, fără boli patente.

Ce nu este:

- O boală;
- Comorbiditate;
- Handicap;
- Vârsta foarte înaintată;
- „Totul sau nimic“;
- Dependența de alții;
- O stare atât de gravă încât să interfere cu activitățile cotidiene.

Vârstnicul fragil necesită organizarea unui management orientat pe prevenirea pierderii autonomiei.

Vârstnicul fragil formează un grup de risc deosebit de expunere la pierderea autonomiei funcționale, cu instituționalizare și creșterea mortalității.

- Geriatrul face evaluarea globală a vârstnicului (evaluare geriatrică complexă), în urma

căreia încadrează persoana din punct de vedere al autonomiei și, în același timp, evaluează riscurile de pierdere a autonomiei și elaborează un plan de intervenție (evaluarea medicală generală, evaluarea stării de nutriție, inclusiv indici antropometrici – vizați de propunerile de evaluare a fragilității, evaluare motorie, inclusiv evaluarea mersului și a echilibrului, vizate de evaluarea fragilității, evaluare psihiatrică (depresie, tulburări cognitive), evaluare mediu ambiental (riscuri), evaluare rețea socială și resurse financiare. De asemenea, evaluează autonomia prin ADL și IADL. Evaluarea identifică nevoile, care vor avea ca scop menținerea autonomiei.

- În ce măsură se suprapun evaluarea fragilității cu evaluarea geriatrică complexă?
- Cine va opera cu instrumentele de evaluare a fragilității vârstnicului?

Fragilitatea este una dintre „stările“ care se asociază evoluției procesului de îmbătrânire, cu deosebire în stadiile lui mai avansate, dar este legată în mod direct și de polipatologia coexistentă.

Deși fragilitatea este o realitate conștientizată de mult timp – de către însuși subiectul afectat, de anturajul apropiat, de personalul medical și de îngrijire – abia pe la jumătatea anilor '80 ai secolului precedent (1986) începe să fie semnalată explicit în literatura geriatrică, atunci apărând și primele încercări de încadrare și de definire nosografică. Astfel de încercări au fost foarte numeroase, până astăzi neajungându-se la un consens, așa cum se poate vedea din citirea celor mai importante dintre demersuri (1):

- *Vârstnicul fragil este o persoană de peste 65 de ani, care depinde de alții pentru efectuarea ADL („activity of daily living”) – Woodhouse, 1988.*
- *Vârstnici debilitați, care nu pot supraviețui fără ajutorul altora – Gillik, 1988.*
- *Pawlson identifică fragilitatea cu patologia vârstnicului.*
- *Mac Adam asociază fragilitatea cu bolile cronice ale vârstnicului („stări“ cronice, în exprimarea acestui autor).*
- *Williams se referă la vârstnicii care necesită spitalizare de lungă durată, urmare a unor boli cronice debilitante.*
- *Clayman: un subiect vârstnic care nu este nici bine, nici rău.*
- *Bortz ne oferă o definiție filosofică: victimele efectelor timpului, care este un insidios și de neoprit hoț de energie și vitalitate.*

- După Buchner și Wagner este vorba de scăderea rezervelor fiziologice, care duce la creșterea riscului de dizabilitate.

Alte delimitări:

- Fragilitatea este rezultatul reducerii multisistemice a aptitudinilor fiziologice, care limitează capacitatea de adaptare și de anticipare la stres sau la schimbările de mediu (2);
- Scăderea rezervei funcționale sub un anumit prag;
- Un stadiu între funcțional și nefuncțional, între sănătos și bolnav;
- Pierderea rezervei fiziologice;
- Pierderea rezistenței;
- Acumulări de mici deficiențe;
- Prezența de anomalii funcționale fiziologice fără boli patente;
- Slăbiciune/vulnerabilitate.

În urmă cu mai mulți ani, unul dintre noi a propus „*Sindromul vulnerabilității multiple a vârșnicului*“, încercând o delimitare a fragilității prin efectele sale.

Alte încercări de „delimitare“ (nu de definiție, deoarece a defini presupune includerea unor criterii precise, general aplicabile) sunt cele indirecte:

Ce nu este fragilitatea:

- nu este boală;
- nu este comorbiditate;
- nu este handicap;
- nu este vârstă foarte înaintată;
- nu este dependență de alții;
- nu este o stare atât de gravă încât să interfereze cu activitățile cotidiene;
- nu este „totul sau nimic“.

Această multitudinea de opinii și de perspective de delimitare, multe nici măcar apropiate unui ax central comun demonstrează, dincolo de intenții, dificultățile și lipsa unui consens, necesare definiției

unui sindrom, (totalitatea simptomelor care caracterizează o anumită afecțiune).

Nu este lipsit de interes să amintim că nosografia geriatrică include și alte descrieri de sindroame și stări, unele recunoscute și consacrate, altele, identificabile, mai mult sau mai puțin, cu fragilitatea sau care pot fi suprapuse acestui concept încă în dezbateră: sindromul de regresie psihomotorie, *syndrome de glissement*, *syndrome d'affaiblissement psycho-intellectuelle* (care asociază întotdeauna și simptomatologie somatică), *frail elderly* (OMS, ONU), *pathologie lourde du vieillard*, stările terminale, *starea de vulnerabilitate multiplă* (Constantin Bogdan).

S-ar mai putea adăuga că nu se poate vorbi de specificitate geriatrică, cu referire la fragilitate, întrucât fragilitatea se poate întâlni, în anumite condiții și la alte vârste.

Privind etiologia, fiziopatologia și mecanismele de producere au fost propuse spre înțelegere mai multe scheme; reproducem schema propusă de Buchner și Wagner (Fig. 1) (3) și cea „a balanței“ lui Brocklehurst (Fig. 2).

Unii dintre autorii care s-au consacrat delimitării fragilității ca un (nou) sindrom au încercat să descifreze fiziopatologia acesteia, încercare dificilă, laborioasă, ca urmare a complexității etiologice, a multifactorialității care integrează numeroase elemente ce țin de procesul fiziologic de îmbătrânire: regresii morfologice, hipotrofii de țesuturi și organe, substituiri ale parenchimelor funcționale cu țesuturi conjunctive inerte funcțional (pe care, prea adesea nu le menționăm când ne referim la procesul de îmbătrânire simplificând prin invocarea numai a declinului funcțional – ori, în realitate, declinul funcțional, de fapt multifuncțional – insuficiențele pluriviscerale – sunt consecința modificărilor de tip regresiv ale țesuturilor și organelor). Pierderea de

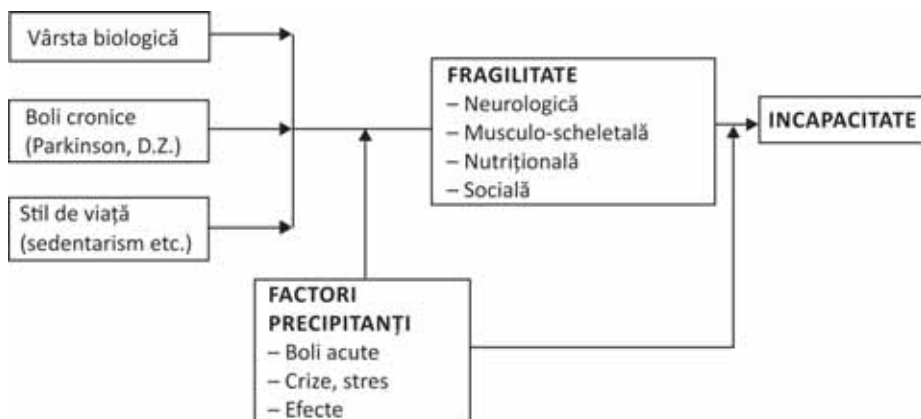


FIGURA 1. Etiologia multifactorială a fragilității, după Buchner și Wagner



**FIGURA 2.** Modelul dinamic al fragilității vârstnicului, care ilustrează echilibrul dintre abilități și deficite, funcție de care o persoană este sau nu independentă, după Brocklehurst

neuroni, de glomeruli, sarcopenia, osteopenia, involuția senzorială și altele sunt determinantele declinului (multi) funcțional caracteristic procesului de îmbătrânire și cauză importantă a instalării stării de fragilitate.

Se adaugă, augmentând complexitatea fiziopatologică, factorii patologici ai numeroaselor îmbolnăviri (multipatologie), atât de frecvente la această vârstă.

**Observațiile noastre:** deficitul multifuncțional este dificil de măsurat pentru fiecare funcție în parte; o funcție poate fi polideterminată (ex.: mobilitatea), altele se intersectează; în practică se fac evaluări indirecte, pe analiza aspectelor esențiale și a efectelor.

S-a propus evaluarea fragilității investigând trei dimensiuni fiziopatologice: forța musculară, aptitudinile psihomotorii, capacitatea aerobică.

S-a încercat utilizarea unor scale și grile, de ex.: *Short Physical Performance Battery Score* (Guralink, 2000) sau *criteriile Fried*: scăderea în greutate cu peste 10% în 6 luni, IMC sub 18,5 kg/m<sup>2</sup>, lentoarea mersului – sub 0,65 m/s, în sfârșit, evaluări subiective: conștientizarea propriei stări de slăbiciune, restrângerea activității.

Unele grile nu iau în calcul intervenția unor factori sociali cum sunt resursele umane, lipsa de suport social, resursele economice.

Rezultă că ne aflăm încă în faza de căutare, departe de un consens.

În demersul de conturare a „sindromului“ de fragilizare, diverși autori au propus *simptome clinice*, printre care se numără:

- scăderea involuntară în greutate cu peste 4-5 kg într-un an;
- incapacitate subiectului de a se ridica singur de pe scaun;
- lentoarea mersului (sub 20% din timpul necesar parcurgerii a 5 m);
- răspuns afirmativ la întrebarea: „Vă simțiți lipsit de energie?“;

- scăderea forței musculare în mâini (sub 20% în mâna dominantă);
- reducerea activității fizice;
- vârsta peste 85 de ani;
- pierderea autonomiei pentru ADL;
- alterarea funcțiilor cognitive;
- tulburări senzoriale necompensate (mai corect „necompensabile“, **observația autorilor**);
- sindrom depresiv;
- polipragmazie (peste 4 medicamente);
- suport social inadecvat. Precizăm că primele șase criterii enumerate aparțin definiției date de Fried (1), care sunt destul de larg citate în literatură.

**Observația noastră:** Considerăm că tendința către căderi repetitive trebuie integrată tabloului clinic, deși alți autori o includ în sfera complicațiilor.

De asemenea, sunt propuși și *markeri biologici și antropometrici* (diverși autori).

- IMC sub 20 kg/m<sup>2</sup>;
- pli cutanat tricipital sub 7 cm la bărbați și sub 12 cm la femei;
- albumina serică sub 35 g/l;
- prealbumina sub 200 mg/l;
- PCR peste 10 mg/l;
- limfocite sub 1.200 mm<sup>3</sup>;
- colesterol total sub 180 mg/dl;
- scăderea T<sub>3</sub>;
- scăderea 25 – OH vit. D<sub>3</sub>.

## COMENTARIILE LA TABLOUL CLINIC

Vârsta de peste 85 de ani indicată de unii autori nu pare să fie un criteriu absolut de includere, fragilitatea putând fi întâlnită și sub această vârstă (în experiența personală am identificat stări de fragilitate și la subiecți cu vârste de 65 de ani); pe de altă parte, deși în rare cazuri, există subiecți de 85 de ani și peste, fără tablou clinic semnificativ de fragilitate.

Unele dintre semnele atribuite fragilității nu sunt specifice și sunt semnificative doar prin asocierea mai multora.

În plus, lista semnelor nu poate fi cea limitativă propusă de autori, deoarece pot fi incluse și multe alte semne, în funcție de prezența fragilizării unui aparat, sistem, organ, funcție și îndeosebi în domeniul funcțiilor psihice, insuficient explorate și inventariate de somaticieni; semnalăm, potrivit experienței personale, fragilitatea și vulnerabilitatea pacienților psihogeriatrici, care de regulă asociază și declin funcțional somatic, visceral. Mai recent a fost descrisă „fragilitatea subcorticală” (4) având drept caracteristici: pierderea automatismelor motorii (dificultăți în executarea unei duble sarcini); alterarea comportamentelor de anticipare (modificarea controlului postură/mișcare); acumularea de mesaje eronate (percepția anxioasă a instabilității). Rezultă că „teritoriul fragilității” este în plină extensie, tot mai multe aspecte și tablouri clinice fiind propuse de autori, ceea ce, în opinia noastră nu este în favoarea conturării unui „sindrom” clar și bine delimitat.

În sfârșit, polipragmazia în sine (peste 4 medicamente) nu poate fi simptom de fragilizare decât în anumite condiții, de asocieri incompatibile, generatoare de interacțiuni, dozări neadaptate, efecte secundare, adverse ș.a. care pot avea drept rezultat stări de fragilizare și chiar accidente iatrogene.

Fragilitatea a fost *stadializată*, după cum urmează, pe principiul posibilității de recuperare sau al irecuperabilității (5):

- Stadiul *pre-fragil*, definit prin șansele de recuperare de 100%;
- Stadiul *fragil*, în care recuperarea este lentă și adesea incompletă;
- Stadiul de *complicații*, cu risc crescut de căderi, de hospitalism și de incapacitate.

Se poate observa că este vorba mai ales de intensitatea și severitatea evolutivă a simptomatologiei și mai puțin de tablouri clinice specifice fiecărui stadiu.

Pe de altă parte, este necesară diferențierea fragilității, care are un grad de reversibilitate, de îmbătrânire, care este ireversibilă (în pofida unor teorii și concepte terapeutice care vorbesc de „reîntinerire”). Reversibilitatea dă șanse reale prevenirii, obiectiv important al demersului terapeutic și de îngrijire pentru echipa geriatrică. Adevăratul câștig de pe urma amplelor dezbateri pe tema fragilității este perspectiva *prevenției*, cu efecte asupra calității și duratei vieții vârstnicilor cu risc de fragilitate.

Privind *managementul prevenției*, următoarele direcții sunt de luat în considerație:

- evaluarea fragilității și prevenirea instalării factorilor care duc la fragilitate;

- management medical adaptat, reprezentat de tratarea cu celeritate a unei afecțiuni acute;
- combaterea polipragmaziei;
- depistarea precoce și tratarea malnutriției;
- reabilitare/reeducare/reinserție socială;
- practicarea exercițiilor fizice cu regularitate.

Dorim să adăugăm măsurile psiho-sociale: suportul moral al familiei, atitudinea comprehensivă a personalului de îngrijire în cazul vârstnicilor instituționalizați, comunicarea, combaterea izolării, a abandonului, tratamentul depresiei.

## DISCUȚII. CONCLUZII

Cu privire la încercările de definire a *fragilității* ca sindrom sau ca boală, multitudinea definițiilor întâlnite în literatură, diferențele foarte mari de viziune între diferiți autori, lipsa de consens, pledează pentru înlocuirea definirii în sens clasic (nosologic și nosografic), cu o **delimitare** cu granițe foarte largi, lăsate deschise pentru alte contribuții și achiziții.

*Fragilitatea* își găsește un loc mai firesc alături de alte *stări*, cum ar fi: starea de dependență, starea grabatară, starea terminală etc.

*Fragilitatea*, definită în opoziție cu *robustețea*, pare forțată; robustețea este greu de alăturat bătrâneții, iar organismele internaționale, prin grupurile de studii, clasifică vârstnicii în *activi* și *fragili*. A fi activ nu implică a fi și robust.

Opinăm pentru cuplul antagonic *fragil/non-fragil*.

Considerăm, pe de altă parte, că în studiile teoretice se accentuează abordarea declinului funcțional la vârstnic, fără a se aminti că acesta este o consecință a declinului organic. Deoarece nu există funcție în afara organului, se cere reamintit că hipotrofiile, atrofiile, înlocuirile parenchimurilor „nobile” cu țesut conjunctiv, cu alte structuri degenerative (amiloid etc.) determină declinul multifuncțional, insuficiențele pluriviscerale.

Bătrânețea, la vârstele mai înaintate, este în întregime o stare de fragilizare progresivă, confundându-se cu ceea ce se cheamă „grande age”, „old oldest”, făcând și mai dificilă definirea unui *sindrom*. De aceea, aderăm întru totul la considerațiile exprimate de Rockwood și Hubbard (2004): *frontierele între vârstă și fragilitate sunt atât de subtile, încât este cunoscut faptul că la o anumită vârstă toate (s.n) persoanele devin fragile*; ceea ce este identic cu opiniile noastre bazate pe observații culese din practica îngrijirii pacienților vârstnici fragili într-o perioadă de peste trei decenii, că fragilitatea este o *stare* obligatorie, cu cât vârsta este mai

înaintată; excepțiile: o moarte subită la un subiect vârstnic care „n-a apucat“ să prezinte semne de fragilitate.

Cohen (2000) introduce, ca și noi, noțiunea de *vulnerabilitate crescândă*, care conduce la declinul funcțional și, în final, la deces. Finalizarea cu deces a fragilității este susținută și de subsemnării, fiindcă includem în fragilitate „starea (stadiu) terminală“, când fragilitatea și vulnerabilitatea sunt extreme și nu se mai pot opune deznodământului final – exitus-ul.

Evaluarea fragilității conține aspecte care sunt incluse în evaluare geriatrică complexă, pe care medicul specialist geriatru o efectuează cu ocazia luării în îngrijire a vârstnicului, ex: starea de nutriție, mersul și echilibrul, riscul de cădere, evaluarea psihiatrică a deficitelor psiho-senzoriale, evaluarea

consumului de medicamente/substanțe, evaluarea socială.

Existența categoriei vârstnicilor fragili ridică și unele aspecte etice privind participarea acestora la efectuarea de studii, în special farmacologice, mai ales în situații de discernământ redus sau abolit.

Conceptul de fragilitate, prin problemele pe care le ridică, prin analiza statusului vârstnicului din multiple perspective (biologică, anatomică, fiziologică, fiziopatologică, psihologică și socială) este o modalitate de a înțelege îmbătrânirea, de a practica o abordare specială a pacientului vârstnic, de a nu omite riscurile, de a da atenția cuvenită prevenției.

Conceptul de fragilitate are și calitatea de a atrage atenția asupra acelor vârstnici care se află la risc înalt de a deveni dependenți, de a suferi o regresie rapidă și, consecutiv, de scurtare a vieții.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Rockwood K., Fox A. Roy, Stiles P. et al.** Frailty in elderly people: an evolving concept. *Can Med Assoc J* 1994; 150:258-259
2. **Gonthier R.** Le sujet age fragile
3. **Belmin J., Chassagne P., Jeandel C. et al.** Gerontologie pour les praticiens. Paris: Masson, 2003:41-43
4. **Buchner D.M., Wagner E.H.** preventing frail healthier. *PubMed.gov* 1992; 8:1-17
5. **Robin J.M., Michel J.P.**, [www.univ-rouen.fr/medpharmadocumentsdereferance/geriatrie](http://www.univ-rouen.fr/medpharmadocumentsdereferance/geriatrie)
6. **Lang P.O., Michel J.P., Zekrz D., Frailt Y.** Syndrome: a Transitional State in Dynamic Process. *International Journal of Experimental, Clinical, Bihavioural, Regenerative and Technological Gerontology* 2009; 55:539-549