

**EVALUAREA GERIATRICĂ COMPLEXĂ  
LA PACIENȚII DIN SECȚIA DE GERIATRIE A  
CENTRULUI NAȚIONAL DE GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE DIN MOLDOVA**  
Natalia Blaja-Lisnic, Anatolie Negară, Felicia Lupașcu-Volentir, Gabriela Șoric,  
Olga Maniuc, Elena Coșciug  
Laboratorul Științific de Gerontologie USMF „Nicolae Testemițanu”  
Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie

## Summary

*The Comprehensive Geriatric Assessment in the department of  
geriatrics from the National Centre of Geriatrics and Gerontology*

Geriatric assessment is a broad term used to describe the health evaluation of the older patient, which emphasizes components and outcomes different from that of the standard medical evaluation. During the last two years of the activity of the National Center of Geriatrics and Gerontology (NCGG) has been realized the main task to develop an adequate geriatric structure for the Republic of Moldova. The geriatric departments from the entire Republic develop their activities according to the standards of the comprehensive geriatric assessment (CGA) adapted according to the possibilities of implementation and to the existing problems in this contingent of the population.

## Rezumat

Evaluarea geriatică reprezintă un termen vast ce descrie aprecierea sănătății pacientului vârstnic, care pune accentul pe componentele și evoluția evenimentelor diferite de evaluarea medicală standard. În decursul a 2 ani de activitate a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie (CNGG) a fost realizată sarcina principală de a dezvolta structura geriatică adecvată pentru Republica Moldova. Secțiile de geriatrie din întreaga Moldova își desfășoară activitatea conform standardelor internaționale de Evaluare Geriatrică Complexă (EGC) adaptată la posibilitățile de implementare și problemele caracteristice acestui contingent de populație.

## Actualitatea

Procesul de îmbătrânire umană este complex și multifactorial și este însoțit de diminuarea capacităților funcționale ale organismului. Această diminuare a rezervelor funcționale provoacă o reducere a capacității organismului de a se adapta la situații de stres. Schimbările au loc în toate organele și sistemele de organe, începând cu nivelul molecular. Trebuie de subliniat faptul că această reducere funcțională ce ține de îmbătrânire este foarte variabilă de la un organ la altul. Mai mult ca atât, schimbările fiziologice involutive esențial variază de la o persoană la alta, astfel populația vârstnică ar putea fi caracterizată printr-o heterogenitate semnificativă [5,7,8].

Se modifică funcțiile motrice și senzitive centrale ale sistemului nervos, se majorează timpul de reacție și se reduc performanțele mnestice, ce țin de achiziționarea informației noi. Îmbătrânirea analizatorilor ține de presbiopie și presbiacuzie [5,8].

Sistemul cardiovascular îmbătrânește prin reducerea debitului cardiac la efort, schimbări în funcția diastolică, dereglări de relaxare ventriculară, precum și diminuarea complianței arteriale cu majorarea presiunii arteriale sistolice odată cu avansarea în vârstă [5,8].

Din partea sistemului respirator se constată o majorare a volumului aerian și o reducere a calibrului bronhiilor distale, ce diminuează debiturile expiratorii. Capacitatea de difuzie a oxigenului și presiunea parțială a oxigenului sângelui arterial diminuează progresiv odată cu vârsta [5,8].

Deregări ale secreției și diminuarea motilității intestinale, precum și diminuarea masei și a debitului hepatic sunt modificările de vârstă observate în cadrul sistemului digestiv [5,8].

Ca rezultat al dereglărilor metabolice și hormonale, apare osteopenia, sarcopenia, precum și dereglări din partea sistemului articular, boala artrozică caracterizând vârsta înaintată [5,8].

Sistemul urinar suferă prin modificări de funcție tubulară, dereglări de concentrare și diluare a urinii [5,8].

Aceste și un șir de alte schimbări sunt caracteristice vârstei înaintate. Concomitent cu dereglările sistemului imun, sensibilitatea la infecții și inducerea proceselor autoimune, schimbările fiziologice involutive din partea tuturor sistemelor de organe predispun vârstnicul spre polipatologie și apariția unui șir de probleme geriatrice complexe manifestate prin sindroame geriatrice (fragilitate, imobilizare, incontinență, instabilitate, demență, depresie) și stări patologice pentru vârsta înaintată așa ca durerea, dehidratarea, malnutriția, etc [1,2,5,6].

Astfel în sarcinile medicului geriatru intră diferențierea aspectelor fiziologice de cele patologice, elucidarea și sistematizarea problemelor complexe ale pacientului vârstnic. Aceasta devine posibil doar cu ajutorul Evaluării Geriatrice Complexe, care reprezintă un instrument diagnostic multidimensional, multidisciplinar destinat colectării datelor ce țin de capacitățile medicale, psihosociale și funcționale, precum și de limitările pacientului vârstnic [15]. Medicii geriatri folosesc informația obținută pentru elaborarea unui plan de tratament și monitorizare de lungă durată a pacientului vârstnic, pentru luarea unei decizii cu privire la recuperare, organizare și facilitare a procesului de management, precum și pentru hotărârea întrebării cu privire la modalitatea și locul îngrijirii ulterioare a pacientului vârstnic [2,7].

Conform studiilor recente efectuate în cadrul CNGG au fost obținute date de ultimă oră cu privire la morbiditatea geriatrică pe Republică. Astfel se confirmă faptul că frecvența patologiilor crește odată cu vârsta, iar polipatologia este una din caracteristicile persoanei în vârstă care prezintă deseori 3 și mai multe patologii, printre ele predominând patologia sistemului cardiovascular, a aparatului locomotor, dereglările cerebrovasculare. Sindroamele mari geriatrice au fost neglijate și banalizate la vârstnici, iar deseori interpretate greșit. Condițiile de trai nesatisfăcătoare, aportul insuficient de substanțe nutritive, neincadrarea adecvată în viața socială agravează și mai mult problemele vârstnicului [4,10]

Astfel evaluarea pacientului vârstnic se axează pe o interpretare globală, care ia în considerație particularitățile semiologice și riscurile decompensării funcționale. În acest mod vor fi prevenite complicațiile medicale și psihologice așa ca pierderea autonomiei [7].

Ca rezultat al implementării EGC în secțiile de geriatrie a apărut posibilitatea de a evidenția multiplele probleme ce condiționează spitalizarea vârstnicului, făcând posibil astfel planificarea conduitei medicale în plan de sanogneză, în aspect psihosocial, precum și calcularea costurilor prevăzute pentru caz tratat.

### **Scopul**

Demonstrarea eficacității și oportunității EGC la pacienții vârstnici spitalizați în secțiile de geriatrie și evidențierea problemelor geriatrice majore.

### **Obiective**

1. Elucidarea problemelor somatice și a problemelor de diagnostic precoce la pacienții internați în secția geriatrie;
2. Sistematizarea problemelor geriatrice majore la vârstnicii internați în secția geriatrie;
3. Evaluarea patologiei apărute în perioada de presenscență;
4. Evidențierea avantajelor Evaluării Geriatrice Complexe în secțiile de geriatrie.

### **Material și metode**

În studiu au fost incluși 990 de pacienți tratați în secția de geriatrie în perioada anului 2010. Conform ordinului MS Nr. 619 din 07.09.2010 în secție se internează pacienți care au depășit vârsta de 65 de ani (conform clasificării Canadiene din 1998 vârsta geriatrică se

consideră de la 65 de ani) și 15 % din pacienții spitalizați constituie persoanele cu vârsta între 45 – 64 ani (perioada de presenescență). Toți pacienții examinați au fost împărțiți în 2 loturi: lotul I (672 persoane) – pacienții cu vârsta de 65 de ani și mai mult și lotul II (318 persoane) – pacienții cu vârsta de 45 – 64 ani (tabelul 1).

Tabelul 1. *Caracteristica generală a pacienților din studiu*

Caracteristica	Vârsta medie	Angajare în câmpul muncii		Grup social			Starea socială	
		Angajați	Neangajați	Intelectuali	Muncitori	Agricultori	Locuiește singur	Locuiește cu familia
Lotul I	75,3 ± 6,9 ani	3,9%	96,1%	23,8%	52,2%	24,00%	23,00%	77,00%
Lotul II	59,5 ± 3,7 ani	34,00%	66,00%	33,00%	48,7%	18,6%	8,5%	91,5%

Pacienții au fost examinați conform criteriilor internaționale ale Evaluării Geriatrice Complexe, aprobate prin ordinul MS 619 din 07.09.2010, datele fiind introduse în fișa geriatică aprobată în secțiile de geriatrie conform aceluiași ordin.

### **Rezultate și discuții**

Având în vedere creșterea procentului populației vârstnice (cu două treimi pentru sexul masculin și o treime pentru sexul feminin către anul 2020), se așteaptă și majorarea procentului bolilor cronice, caracteristice pentru vârsta înaintată [7].

Multiplele probleme cu care se confruntă populația vârstnică rămân insuficient elucidate prin evaluarea medicală standard aplicată la pacienții de toate vârstele. Evaluarea geriatică diferă de cea medicală standard prin 3 criterii principale – se bazează pe problemele complexe ale vârstnicilor; se pune accentul pe statutul funcțional și calitatea vieții vârstnicului și deseori se profită de participarea unei echipe multidisciplinare. Doar abordând în complexitate aceste aspecte va fi posibil de depistat polipatologia vârstnicului și de elaborat măsurile de profilaxie adecvate, precum și de prevăzut cheltuielile necesare la nivel de staționar [15].

Astfel, implementarea EGC în secția de geriatrie a CNGG a făcut posibil de a elucidarea starea generală a pacienților, problemele majore și patologia caracteristică pentru perioada de presenescență și senescență.

Majoritatea pacienților din ambele loturi s-au internat având starea generală de gravitate medie – I lot – 81,4%, lotul II – 63,8% ( $p < 0,01$ ); pacienții în stare gravă, ce se adresau pentru spitalizare fiind internați în secția de terapie intensivă sau transferați la alte spitale de profil îngust.

Pentru vârstnicii din studiu mai caracteristică este masa corpului normală – 71,1% ( $p < 0,05$ ), cu malnutriție fiind 8,2%, supraponderali și obezi – 20,7% în comparație cu pacienții presenili, la care malnutriția n-a fost decât în 4,7%, în schimb supraponderali și obezi s-au înregistrat în 37,3%.

Problemele geriatrie majore la unele persoane încep încă în perioada de presenescență, oglindind procesul de îmbătrânire accelerată, stare, când vârsta biologică a persoanei este mai mare decât cea cronologică [1,13,14]. Astfel încă de la 45 de ani în unele cazuri poate fi înregistrată insomnia, depresia, mai puțin dereglările cognitive și un șir de patologii somatice, stări care duc la dependență deja și în această perioadă a vieții (Figura 1, 2A, 2B).

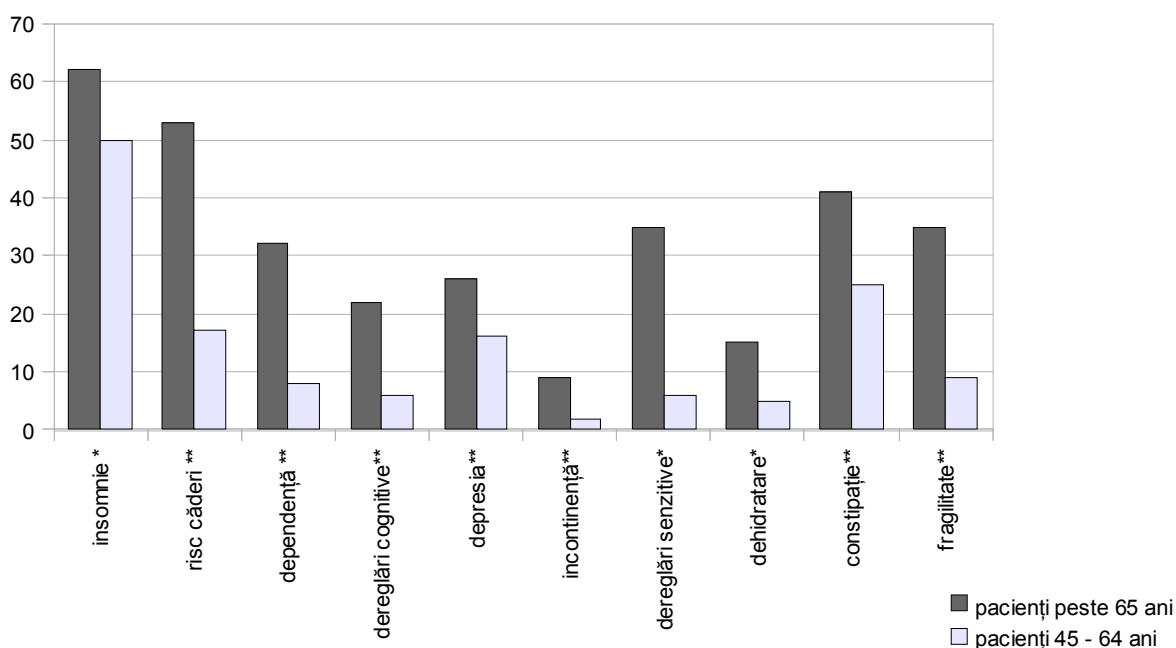
La ambele loturi de pacienți prevalează insomnia tranzitorie – 42,5% pentru lotul I și 57,7% pentru lotul II; vârstnicii, totuși mai des prezentând insomnie persistentă – 15%, față de 7% respectiv ( $p < 0,05$ ). Insomnia este deseori simptomul altor condiții medicale sau psihosociale

și doar după ce toate aceste cauze se exclud, se poate vorbi despre o dereglare primară [13]. Anxietatea și depresia în primul rând sunt asociate cu insomnia.

Anxietatea la vârstnicii intrați în studiu s-a înregistrat în 4,6% (față de pacienți presenili – 1,6%) ( $p < 0,05$ ). Depresia, de asemenea, mai caracteristică pentru vârsta a treia [1,14], s-a înregistrat în stadiul ușor în 21%, moderat – 3,6% și sever – doar la 0,3% pacienți. La pacienții din lotul II stadiul ușor al depresiei s-a înregistrat la 13,5% pacienți și moderat – la 2,9% pacienți ( $p < 0,01$ ).

Mai frecvent anxietatea este o manifestare a depresiei, dereglărilor psihice acute sau cronice, demență, delir sau psihoză. Studii sistematice cu privire la anxietate n-au fost efectuate, dar se susține faptul că această stare este mai caracteristică pentru sexul feminin, pentru persoanele singuratic, și cu nivel scăzut de educație [1,14].

La persoanele vârstnice depresia poate afecta contingentul ce suferă de patologii cronice și dereglări cognitive, astfel manifestându-se drept sindrom depresiv. Parțial pot juca rol și factorii ereditari ce predispun persoana la stări depresive [1,12,14].



**Figura 1. Sindroamele mari geriatrice la pacienții tratați în secția geriatrie**

**Notă: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$**

O altă problemă geriatică majoră o constituie sindromul căderilor la vârstnici. Într-un procent foarte mic se întâlnește acest eveniment la vârsta de presenescență (doar la 1,9%), însă riscul pentru căderi deja la acest contingent de populație este prezent în 17,3% cazuri, față de 53,1% la vârstnici ( $p < 0,01$ ). Cauza principală a căderilor în perioada de senescență printre pacienții spitalizați a fost dereglările de echilibru – 11% ( $p < 0,05$ ), urmată de patologia CV – 8,3% ( $p < 0,01$ ), cauze neurologice – 6,4% ( $p < 0,05$ ), iatrogene și metabolice – la un număr mic de pacienți. La pacienții din lotul II au predominat dereglările de echilibru (3,8%), cauze neurologice (2,2%) și cardiovasculare (1,6%), restul cauzelor la ambele loturi fiind evaluate insuficient sau imposibil de evaluat.

Căderile rămân o problemă importantă de sănătate deoarece antrenează în urma sa un șir de consecințe traumatice, psihologice și una din cele mai importante este – pierderea autonomiei [3,9,11].

Având în vedere faptul, că o condiție de internare a pacienților dependenți în secția geriatrie a fost prezența unei persoane ce va asista pacientul în perioada de spitalizare, procentul

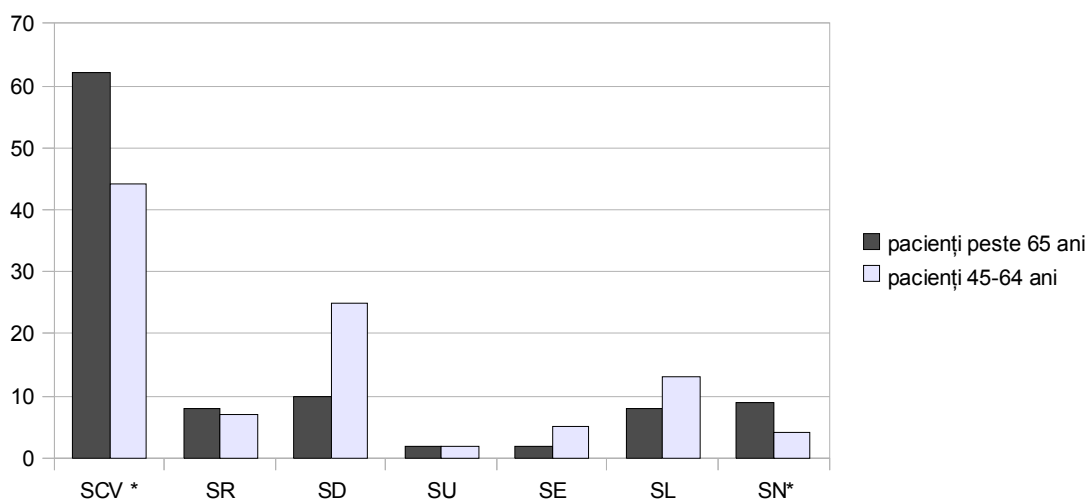
pacienților cu reducerea sau pierderea autonomiei nu a fost veridic. Totuși din cele 32,4% pacienți vârstnici dependenți și 8 % ( $p<0,01$ ) de pacienți presenili s-au evaluat cauzele de pierdere a autonomiei. La vârsta înaintată predomină problemele legate de patologia somatică cronică și insuficiența poliorganică - 27,5% ( $p<0,01$ ), fiind urmate de probleme ortopedice - 13% ( $p<0,05$ ) și neurologice - 4,8% ( $p<0,01$ ).

Ca rezultat al evaluării geriatrice complexe, s-a depistat și s-a presupus diagnosticul de Maladie Alzheimer, pacienții fiind îndreptați la consultația psihiatrului pentru confirmarea diagnozei și inițierea tratamentului. Până acum această patologie în rândurile vârstnicilor a fost subapreciată. Ca rezultat al evaluării statutului mental prin scorul lui Folstein (Mini Mental Status Examination) dereglări cognitive ușoare s-au înregistrat la 20,7% pacienți vârstnici ( $p<0,01$ ), dereglări moderate – la 1% ( $p<0,01$ ) și severe – la 0,3% ( $p<0,01$ ). La persoanele din lotul II doar 6,2% au prezentat dereglări cognitive ușoare.

Folosind toate scorurile recomandate pentru depistarea problemelor mari geriatrice se poate deduce și sindromul de fragilitate, stare instabilă caracteristică unei subpopulații de persoane în vârstă ce suferă o dezadaptare a sistemelor homeostatice, ce rezultă cu un deficit progresiv al funcțiilor fiziologice și celulare, cu o diminuare a capacității de rezervă și o limitare precoce și insidioasă a aptitudinilor relaționale și sociale, care reprezintă deseori primul semn al vulnerabilității [5].

Deja de la vârsta de 50 de ani unii pacienți pot fi numiți fragili și în perioada de presenescență această stare le este caracteristică la 9,4% pacienți intrați în studiu. Pentru vârstnici desigur acest procent este mai mare și cuprinde 35,1% pacienți ( $p<0,01$ ).

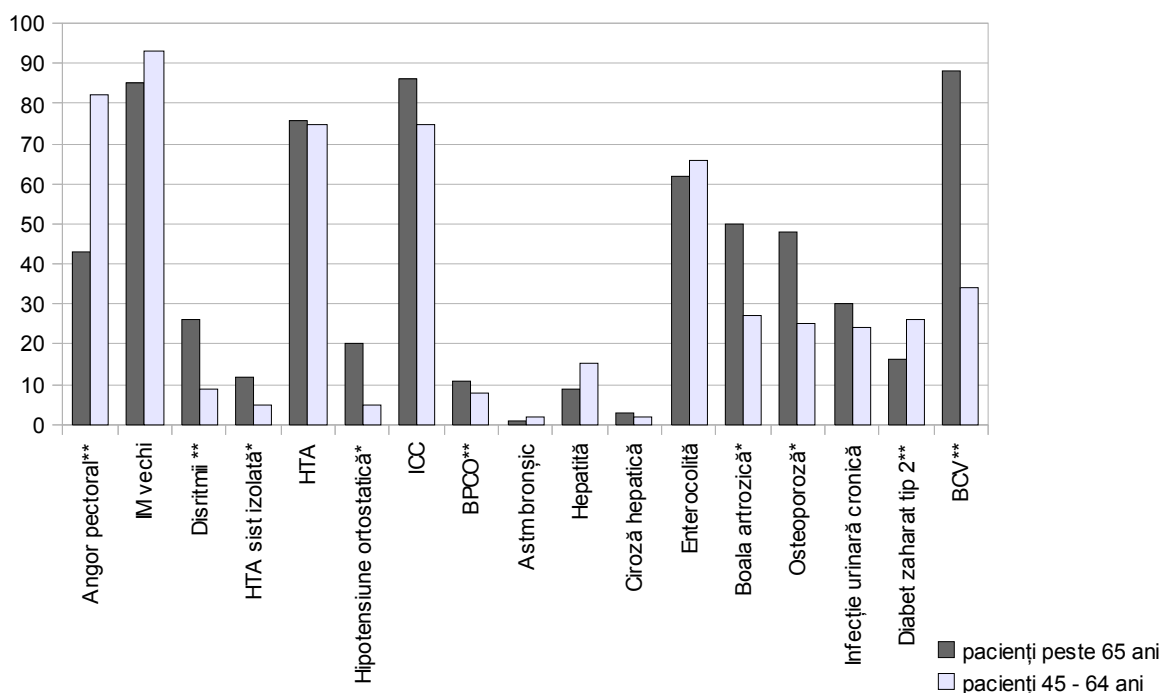
Multitudinea de patologii somatice la fel de condiționează pacientul ducând la instabilitate fizică și psihică. Cauza primordială a internării pacientului în secție a constituit patologia sistemului cardiovascular la ambele loturi de pacienți, fiind urmată de patologia sistemului nervos și respirator la vârstnici și de patologia sistemului digestiv și osteoarticular la persoanele presenile (Figura 2A).



**Figura 2 A. Patologia de bază pentru care sunt internați pacienții în secția de geriatrie**

**Notă: \* -  $p<0,05$**

Spectrul de nozologii concomitente a fost destul de variat la ambele loturi, polipatologia fiind caracteristică pentru pacienții de toate vârstele, mai mult de 3 patologii prezentând 90,3% pacienți vârstnici și 79% ( $p<0,05$ ) pacienți cu vârsta de 45 – 64 ani (Figura 2B).



**Figura 2B. Polipatologia concomitentă la pacienții internați în secția geriatrie**

**Notă:** \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$

Cert se observă faptul că patologia sistemului nervos și cardiovascular prevalează la vârsta înaintată, în perioada de presenescență mai des fiind întâlnită patologia sistemului cardiovascular și digestiv [3,11].

Atrage atenția și administrarea de preparate, ținând cont de spectrul de patologii concomitente. Astfel 47% vârstnici și 30% pacienți mai tineri de 65 de ani urmează tratament cu 3 preparate și mai mult ( $p < 0,05$ ). Riscul iatrogeniei crește odată cu înaintarea în vârstă.

Reieșind din rezultatele obținute se demonstrează cert necesitatea utilizării EGC în secțiile specializate de geriatrie și nu doar la pacienții vârstnici, dar și la persoanele ce au intrat deja în perioada de presenescență. Cu toate că sindroamele geriatrice și polipatologia prevalează la vârsta înaintată, însă conform studiului nostru se evidențiază aceste fenomene și la persoanele ce încă nu au atins vârsta de 65 de ani. Procesele involutive în unele sisteme de organe încep deja de la vârsta de 30 ani, ceea ce în mod individual predispune organismul la apariția proceselor patologice.

Aplicând EGC cu scop diagnostic în condiții de ambulator începând cu perioada de presenescență și evidențiind posibilitatea îmbătrânirii accelerate și îmbătrânirii accelerate patologice, precum și a predisunerii la anumite decompensări la vârsta înaintată va face posibil de a elabora măsuri de profilaxie a anumitor condiții caracteristice vârstei înaintate. Recomandările adecvate, ce țin de propagarea modului sănătos de viață, corespunzător necesităților fiecărei persoane în parte vor fi orientate spre corijarea dietei, antrenarea memoriei, orientare profesională în dependență de starea fizică, exerciții fizice cu păstrarea echilibrului, menținerea relațiilor sociale și nu în ultimul rând aplicarea tratamentului medicamentos profilactic și monitorizarea administrării acestuia. Toate acestea vor preveni starea de dependență și decompensarea precoce la vârsta înaintată, majorând calitatea vieții și prelungind durata de viață.

## Concluzii

Evaluarea geriatrică complexă efectuată conform criteriilor bine stabilite are o valoare semnificativă în ceea ce privește sănătatea fizică, socială, psihologică, mentală; factorii de mediu și statutul funcțional începând încă din perioada de presenescentă. Chiar de la vârsta de 45 de ani, aplicând EGC este posibilă evidențierea problemelor cu care se va confrunta persoana la vârsta înaintată și astfel se va elabora un plan de profilaxie și prevenire a polipatologiei și sindroamelor mari geriatrice.

Conform rezultatelor studiului dat și a cunoașterii problemelor cu care se internează pacienții în secțiile cu profil geriatric – patologia cardiovasculară, a sistemului nervos, a aparatului locomotor; precum și cu multiple probleme specifice geriatrice – căderi, depresie, dereglări cognitive – va fi ameliorată calitatea activității secțiilor instuind personalul medical și elaborând planuri de tratament și recuperare adecvate corespunzător problemelor ce prevalează.

## Bibliografie

1. Alexopoulos GS, Depression in the elderly, *Lancet* 2005, Jun 4-10, 365(9475):1961-70
2. Aliabadi M., Kimiagar M., et al, Prevalence of Malnutrition in free living elderly people: a cross sectional study, *AsiaPacJClinNutr*, 2008; 17(2), 285-9
3. Albert Hofman, Paulus TV, et al, Epidemiology of neurological diseases in elderly people: what did we learn from Rotterdam Study?, *The Lancet Neurology*, Vol 5, issue 6, p. 545-550, June 2006
4. *Blaja-Lisnic N, Negară A, Grejdianu F, Lupașcu-Volentir F, Șoric G, Maniuc O.* Populația vârstnică din Republica Moldova, polipatologie și evaluare medico-socială. *Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Vol. 3. Probleme actuale în medicina internă. Chișinău, 2009, p. 473
5. *Corpus de Géiatrie // France, Malestroit, Tome 1,2, 2000, 188p*
6. Helme RD, Gibron S., The epidemiology of pain in elderly people, *ClinGeriatrMed* 2001 Aug, 17 (3), 417-31,V
7. Hoeymans Nancy, Anneke van den Berg Jeths, Health status of the elderly in the future, Morbidity, performance and quality in primary care, *Dutch general practice on stage*, Chapter 27, p. 239 - 246
8. Jeffrey B. Halter, Jozeph G. Ouslander, Marz E. Tinetti, Stephanie Studenski, et al / *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 6th edition
9. Laurence Z. Rubenstein, Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention, *Age and Ageing* 2006; 35-S2: ii37-ii41
10. *Negară Anatolie, Blaja-Lisnic Natalia, Lupașcu-Volentir Felicia, Bodrug Nicolae, Grejdianu Teodor, Parasca Vasile, Șoric Gabriela, Maniuc Olga.* Evaluarea structurii morbidității populației vârstnice din Republica Moldova. *Materialele Congresului al IV Național de Geriatrie și Gerontologie cu participare internațională*. București, România, 2009, p.44
11. Report of a WHO Study Group, Epidemiology and prevention of Cardiovascular diseases in Elderly People, 2010
12. Roberto D'Alessandro, Gisepe Pandolfo et all, Prevalence of dementia among elderly people in Troina, Sicily, *European Journal of Epidemiology*, Vol 12, N 6, 595-599, 2009
13. Roger J, Cadieux, Elderly patients are especially vulnerable to insomnia, *Journal of Family Practice*, May, 2011
14. Snowdon John, How high is the prevalence of depression in old age, *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24(Supl I):42-7
15. Wieland Darryl, Hirth Victor, Comprehensive Geriatric Assessment, *Cancer Control*, Nov/Dec 2003, Vol 10, Nr. 6.