

# ABORDAREA GLOBALĂ A PACIENTULUI VÂRSTNIC CU CĂDERI

Gabriela Șoric, Natalia Blaja-Lisnic, Anatolie Negară, Olga Maniuc, Elena Coșciug,  
Felicia Lupașcu-Volentir

Laboratorul Științific de Gerontologie, USMF „Nicolae Testemițanu”  
Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie

## Summary

### *The global approach of the falls in the elderly patients*

The falls represent a common cause of dependence and are the leading cause of mortality due to injury among the elderly. The evaluation of the elderly patient is necessary for prevention of the falls and setting the multiple causes, with traumatic consequence and especially psychological(6.7%), which are often trivialized.

In the patients over 65 years hospitalised in geriatrics unit during the year 2010 were established the causes of the falls, the highest percentage represent the equilibrium (balance) problem-11%(p<0,05), followed by the cardiovascular pathology-8,3%(p<0,01), neurologic causes- 6,4%(p<0,005), iatrogenic and metabolical causes were established in a small number of patients.

## Rezumat

Căderile reprezintă cauza frecventă a dependenței și principala cauză de deces în urma traumatismelor la vârstnici. Abordarea pacientului vârstnic este necesară pentru prevenirea căderilor și stabilirea cauzelor care deseori sunt multifactoriale, cu consecințe drastice traumatice și mai ales psihologice (6,7%) care deseori sunt banalizate.

La pacienții peste 65 ani internați în secția de geriatrie pe parcursul anului 2010 s-au evaluat cauzele căderilor, într-un procent mai elevat fiind dereglările de echilibru – 11% (p<0,05), urmată de patologia cardiovasculară (CV) – 8,3% (p<0,01), cauze neurologice – 6,4% (p<0,05), iatrogene și metabolice – la un număr mic de pacienți.

## Actualitate

Îmbătrânirea umană este o problemă importantă a societății noastre ce vizează preocupări economice, sociale și medicale [1, 3]. Procesul de îmbătrânire are ca consecință fragilizarea fizică și funcțională astfel că persoana vârstnică prezintă un risc major de pierdere a autonomiei [9].

Odată cu vârsta crește probabilitatea de cădere, astfel 1/3 din vârstnicii mai mari de 65 ani și 1/2 din cei de peste 85 ani suportă una sau mai multe căderi pe an care sunt responsabile de 40% de dependență, afectând grav calitatea vieții și sunt responsabile de 12000 de decese pe an [1, 3, 5].

Consecințele căderilor sunt variabile și individuale ce implică repercusiuni fizice: diminuarea mobilității și creșterea dependenței în activitățile vieții cotidiene [3, 6].

Consecințele psihice, care deseori sunt banalizate la vârstnic, duc la pierderea încrederii și pot accelera declinul capacităților funcționale [3, 7]. Căderea este pentru pacientul vârstnic o ocazie de a conștientiza fragilitatea stării sale; șocul emoțional care rezultă induce o pierdere a încrederii în sine, un sentiment de insecuritate și de devalorizare cu un sentiment de îndoială în puterile sale, demotivare și restricția activităților. Acest tablou de inhibiție psihomotrică evocă un sindrom depresiv [2, 3, 7].

Căderea este cauza a unei pierderi progresive a mecanismelor de adaptare la echilibru, a unei afecțiuni acute, efectul nedorit al vreunui medicament, sau a unei manifestări de chemare în ajutor, fiecare cădere poate induce o idee fixă spre o nouă cădere, motivul fiind frica și limitarea spontană [8, 10]. Astfel, apare o spirală de dependență. Indiferent de circumstanțe fiecare cădere la o persoană în vârstă, trebuie să fie considerată nu drept un simplu accident, dar ca o afecțiune potențial gravă [11, 12].

Conform studiilor recente s-a stabilit că prevalența căderilor la femei este mai mare decât

la bărbați având un raport de 2/1, cât și consecințele căderilor și riscul mortalității este mai mare la sexul feminin [13, 14].

Căderile reprezintă un eveniment multifactorial care necesită o abordare globală a vârstnicului ce necesită precautarea cauzelor căderilor și stabilirea riscului unei recidive de caderi care se efectuează prin evaluarea geriatrică standardizată [6, 7, 11].

Conform literaturii de specialitate (Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 2009) cauzele căderilor sunt clasificate în cauze extrinseci (iatrogenia, factori de mediu) și intrinseci (modificările legate de vârstă, dereglări de vedere și auzului, condiții medicale) [7, 14].

Studiile efectuate în această direcție au stabilit că cauzele căderilor la vârstnic sunt multipli, o asociere de cauze interne și externe, astfel, riscul căderilor crește odată cu majorarea numărului factorilor de risc [13, 14].

Luînd în considerație consecințele grave ale căderilor și riscul major de recidive la persoanele vârstnice, este necesar de evaluat acestea persoane pentru stabilirea diagnosticului și screeningul factorilor de risc pentru stabilirea tacticii medicale adecvate și ameliorarea calității vieții [4, 7, 11].

### **Scopul**

Identificarea cauzelor și factorilor de risc al căderilor la pacienții vârstnici și prevenirea recedivelor căderilor.

### **Obiective**

1. Evaluarea geriatrică complexă a pacientului vârstnic cu căderi.
2. Stabilirea cauzelor căderilor și identificarea factorilor de risc.
3. Stabilirea consecințelor căderilor.

### **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 presenescentă).

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.

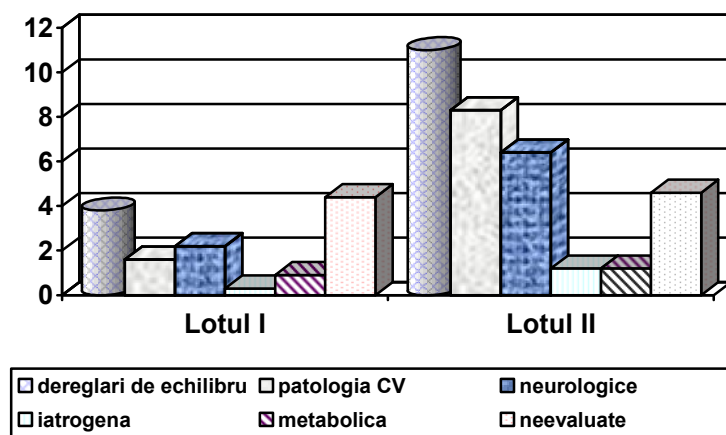
Pacienții au fost examinați conform criteriilor internaționale ale Evaluării Geriatrică Complexe, aprobate prin ordinul MS 619 din 07.09.2010, datele fiind introduse în fișa geriatrică aprobată în secțiile de geriatrie conform aceluiași ordin. Pentru abordarea pacientului vârstnic cu căderi și stabilirea riscului de recidivă s-au folosit evaluarea echilibrului și mersului prin testul Tinetti, testul de ridicare de pe scaun al lui Mathias (Get up and go test). Datele obținute au fost supuse analizei statistice.

### **Rezultate și discuții**

Multiplele probleme cu care se confruntă populația vârstnică rămân insuficient elucidate prin evaluarea medicală standard aplicată la pacienții de toate vârstele. Evaluarea geriatrică 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.

Astfel, implementarea EGC în secția de geriatrie a CNGG a făcut posibil de a elucidă o problemă geriatrică majoră, sindromul căderilor la vârstnici. Într-un procent foarte mic se întâlnește acest eveniment la vârsta de presenescentă (doar la 1,9%), însă riscul pentru căderi

deja la acest contingent de populație este prezent în 17,3% cazuri, pe când la vârstnici căderile au fost prezente în 6,1% iar riscul de cădere a fost în 53,1% la ( $p < 0,01$ ).

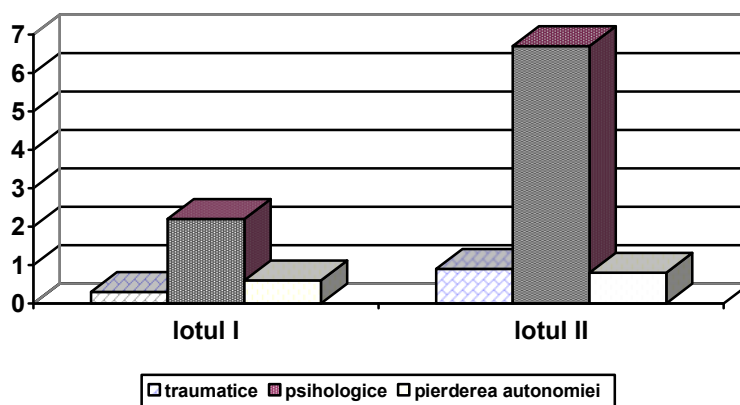


**Figura 1. Cauzele căderilor la vârstnici.**

Cauza principală (Fig.1) a căderilor în perioada de senescentă 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 I 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.

În studiul nostru s-a stabilit că la pacienții din lotul I de studiu consecințe traumatice au fost înregistrate la 0,3% pacienți, consecințe psihologice - 2,2% și pierderea autonomiei după cădere la 0,6% pacienți, pe când în lotul de studiu II consecințe traumatice au fost elevate în 0,9% de cazuri, psihologice – 6,7% ( $p < 0,05$ ), pierderea autonomiei – 0,8% de cazuri (Fig. 2).



**Figura 2. Consecințele căderilor în loturile de studiu.**

Astfel, după cum observăm din datele obținute consecințele căderilor sunt prezente în ambele loturi de studiu, dar o mai mare prevalență o au consecințele psihologice în lotul II de studiu, ceea ce corespunde cu datele literaturii de specialitate.

### Caz clinic

Doamna C. 76 ani, internată în secția de geriatrie cu acuzele: dureri retrosternale constrictive la efort fizic moderat, fără iradiere, durată până la 5 minute, cedează de sine stătător.

Dispnee la efort fizic moderat., Căderi frecvente, sincope cu micțiuni involuntare, anxietate, labilitate psihoemoțională.

Din istoricul vieții, pacienta suferă de patologie cardiovasculară de mai mulți ani de când au apărut pentru prima dată durerile retrosternale, dispnee la efort fizic moderat, cefalee, vertije. În ultimii doi ani prezintă sincope cu pierderi involuntare de urină și căderi cu consecințe traumatice. Se internează în staționar pentru evaluarea geriatrică standard cu stabilirea cauzelor căderii.

Din antecedente se înregistrează: pacienta locuiește singură, cu un grad de dependență III B, nu beneficiază de asistență medicală și socială la domiciliu.

Antecedente patologice: Cardiopatie ischemică, angor pectoral CF II, HTA gr. II, ICC II NIHA.

La examenul obiectiv s-au înregistrat următoarele modificări: Limitele cordului deplasate spre stânga cu 105 cm de la linia medioclaviculară. Auscultativ – zgomotul I diminuat la apex, accentul zg. II la aortă, FCC-72 bătăi/minut, TA 170/100 mmHg.

Rezultatele evaluării mersului și echilibrului prin scorul Tinetti a fost de 22 puncte din 28 și testul Get up and go mai efectuat în mai mult de 20 de secunde, ceea ce prezintă un risc elevat de cădere.

Examenul paraclinic a înregistrat următoarele modificări Hb -108 g/l, er – 3,8x10, ureea - 8,9 un/l, creatinina -134,6mmol/l. ECG –ritm sinusal, FCC 70/min. AEC cu deviere spre stânga, bloc fascicular atero-superior, semne de hipertrofie biventriculară.

Evoluția maladiei pe parcursul primelor două zile de spitalizare pacienta a prezentat două stări presincope, la a treia zi în timpul vizitei a prezentat stare de rău general, pulsul 36/min., la ECG de control bloc AV complet. Pacienta a fost transferată de urgență la Institutul de Cardiologie, terapie intensivă. A fost implantat cardiostimulator.

### **Concluzii**

1. Căderile se întâlnesc frecvent la populația vârstnică, au cauze multifactoriale cu consecințe drastice traumatice și mai ales psihologice (6,7%) care alterează semnificativ calitatea vieții și necesită o abordare globală care trebuie să includă evaluarea factorilor de risc, evaluarea mersului și echilibrului, factorilor de mediu, pentru stabilirea tacticii de tratament și necesității în asistență socială.
2. Conform studiului nostru, la pacienții vârstnici internați în secția de geriatrie pe parcursul anului 2010 s-au înregistrat cauzele căderilor într-un procent mai elevat fiind dereglările de echilibru – 11% ( $p<0,05$ ), urmată de patologia CV – 8,3% ( $p<0,01$ ), cauze neurologice – 6,4% ( $p<0,05$ ) iar cauzele iatrogene și metabolice – la un număr mic de pacienți.

### **Bibliografie**

1. Campbell AJ, Robertson MC. Implementation of multifactorial interventions for fall and fracture prevention. *Age Ageing*2006;35:60-4.
2. Clemson L, Mackenzie L, Ballinger C, Close JCT, Cumming RG. Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people a meta-analysis of randomized trials. *J Aging Health*2008;20:954-71.
3. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *Lancet*1999;353:93-7.
4. Davison J, Bond J, Dawson P, Steen IN, Kenny RA, Davison J, et al. Patients with recurrent falls attending accident & emergency benefit from multifactorial intervention: a randomised controlled trial. *Age Ageing*2005;34:162-8.
5. Ganz D, Yano EM, Salibal D, Shekelle P. Design of a continuous quality improvement program to prevent falls among community-dwelling older adults in an integrated healthcare system. *BMC Health Serv Res* 2009 [www.biomedcentral.com/1472-6963/9/206](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/206).

6. Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*2008;336:130-3.
7. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 2009
8. Kochar MS. Management of postural hypotension. *Curr Hypertens Rep* 2000;2:457-62.
9. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis. I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr. Soc* 1999;47:30.
10. Leading Causes of Injury Deaths by Age Group Highlighting Unintentional Injury Deaths, United States – 2007(Source: National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System. Produced by: Office of Statistics and Programming, National Center for Injury Prevention and Control, CDC.)
11. Logan PA, Coupland CAC, Gladman JRF, Sahota O, Stoner-Hobbs V, Robertson K, et al. Community falls prevention for people who call an emergency ambulance after a fall: randomised controlled trial. *BMJ*2010;340:c2102.
12. Pit SW, Byles JE, Henry DA, Holt L, Hansen V, Bowman DA. A quality use of medicines program for general practitioners and older people: a cluster randomised controlled trial. *Med J Aust*2007;187:23-30.
13. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J. Med* 2003;348:42-9.
14. Whitehead C, Wundke R, Crotty M, Finucane P. Evidence-based clinical practice in falls prevention: a randomised controlled trial of a falls prevention service. *Aust Health Rev*2003;26:88-97.

## **ASPECTE ALE MANIFESTĂRILOR PULMONARE IN CADRUL BOLII MIXTE ALE ȚESUTULUI CONJUNCTIV**

**Felicia Lupașcu-Volentir\*, Liliana Groppa\*\*, Anatolie Negară\*,  
Natalia Blaja-Lisnic\*, Gabriela Șoric\***

\*Laboratorului Științific de Gerontologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie  
“Nicolae Testemițanu”

\*\*Catedra Medicină Internă nr.1 a FR și SC a Universității de Stat de Medicină și Farmacie  
“Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

Pulmonary manifestations of connective tissue disease include both vascular and interstitial involvement. While the evaluation of dyspnea in connective tissue disease is essentially the same as in an otherwise healthy dyspneic patient, there are certain autoimmune diseases in which routine screening for interstitial or pulmonary vascular disease is warranted by a high incidence of these complications. In particular, systemic sclerosis and mixed connective tissue disease are so often complicated by interstitial lung disease (in our study ILD; approximately 24 of patients with MCTD and almost of whole group with SS-96%).

### **Rezumat**

Manifestările pulmonare din maladiile autoimune ale țesutului conjunctiv includ implicările vasculare și interstițiale. Evaluarea dispneei este primordială din cadrul bolilor difuze ale țesutului conjunctiv din cauza riscului crescut al acestor complicații. Un deosebit interes, îl are BMȚC (boala mixtă a țesutului conjunctiv) și sclerodermia sistemică (SS) care se complică frecvent cu boala interstițială pulmonară (în studiul nostru, pneumofibroza interstițială difuză a alcătuit 24% pentru bolnavii cu BMȚC comparativ cu lotul SS – 96%).