

FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ INTERNATIONAL CONFERENCE ON FRAILTY AND SARCOPENIA RESEARCH (ICFSR) DOTYCZĄCEJ IDENTYFIKACJI I LECZENIA ZESPOŁU SŁABOŚCI U OSÓB STARSZYCH

Dokument źródłowy:

Dent, E., Morley, J.E., Cruz-Jentoft, A.J., Woodhouse, L., Rodríguez-Mañas, L., Fried, L.P., Woo, J., Aprahamian, I., Sanford, A., Lundy, J., Landi, F., Beilby, J., Martin, F.C., Bauer, J.M., Ferrucci, L., Merchant, R.A., Dong, B., Arai, H., Hoogendijk, E.O., Won, C.W., Abbatecola, A., Cederholm, T., Strandberg, T., Gutiérrez Robledo, L.M., Flicker, F., Bhasin, S., Aubertin-Leheudre, M., Bischoff-Ferrari, H.A., Guralnik, J.M., Muscedere, J., Pahor, M., Ruiz, J., Negm, A.M., Reginster, J.Y., Waters, D.L., Vellas, B. *Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. J Nutr Health Aging. 2019;23(9):771-787. doi:10.1007/s12603-019-1273-z*

Rok publikacji: 2019

Autor omówienia:

dr n.med. Agnieszka Ćwirlej-Sozańska

Uniwersytet Rzeszowski, Kolegium Nauk Medycznych, Instytut Nauk o Zdrowiu, Katedra Rehabilitacji
Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych, Laboratorium Gerontoprofilaktyki

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Zalecenia te zostały sformułowane przy użyciu podejścia *the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) approach*, które ocenia siłę i pewność (jakość) dowodów wspierających stojących za każdym zaleceniem – *Evidence Based Recommendations, EBR*.

Tam, gdzie baza dowodowa była ograniczona lub niskiej jakości, sformułowano zalecenia oparte na konsensusie (*Consensus Based Recommendations, CBR*). Zalecenia skupiają się na klinicznych i praktycznych aspektach opieki nad osobami starszymi o słabej kondycji oraz opieki skoncentrowanej na osobie.

SPOSÓB KORZYSTANIA Z OMÓWIENIA

Wytyczne nie są sztywnym protokołem postępowania. Niektórzy pacjenci mogą wymagać mniej lub bardziej intensywnej terapii i różnych interwencji diagnostycznych.

Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu *PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence*, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

Pacjenci włączeni do badań naukowych, na których oparto wytyczne, mogą różnić się od pacjentów, u których prowadzi się terapię. Zgodnie z zasadami Evidence-based practice, należy łączyć wiedzę z badań naukowych i wytycznych z oceną kliniczną i wnioskowaniem w konkretnym kontekście i okolicznościach i uwzględniać preferencje i oczekiwania konkretnych pacjentów.

Omówienie nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego, natomiast zostało opracowane z uwzględnieniem polskiego kontekstu, w tym kwestii terminologii i językowych, a także z wykorzystaniem odwołań do innych opracowań w ramach projektu. Autor omówienia zwrócił uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i popularyzacji korzystania z nowoczesnych wytycznych praktyki, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności, a także zasadniczego znaczenia opierania rekomendacji na dowodach z najbardziej adekwatnych i wiarygodnych badań oraz uwzględniania kontekstu, preferencji pacjentów i podejmowania wspólnych decyzji oraz pracy w zespole terapeutycznym, wraz z pacjentem, tak jak to uczynili Autorzy omawianych wytycznych.

KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH *(jak czytać)*

Klasyfikacja jakości dowodów z badań naukowych:

Jakość dowodów z badań naukowych ¹	Definicja
Wysoka	Przewaga dowodów na poziomie 1 lub 2, z przynajmniej 1 publikacją na poziomie 1 ² ; wskazują na wysoki poziom pewności, że kolejne badania nie zmienią wniosków z dostępnych badań.
Umiarkowana	Przewaga dowodów na poziomie 2; wskazują na umiarkowany poziom pewności, że kolejne badania nie zmienią wniosków z dostępnych badań co do kierunku efektu; jednakże, nowe badania mogą zmienić wnioski co do wielkości efektu.
Niska	Umiarkowany poziom pewności o niewielkiej korzyści, szkodzie albo koszcie. oparty na dowodach o poziomach 2 do 5. wskazuje, że są jakieś, ale niewystarczające dowody, aby mieć przekonanie co do rzeczywistych efektów, i że dowody z przyszłych badań mogą zmienić kierunek efektów i/lub wpłynąć na wielkość efektu.
Niewystarczająca	Opiera się na dowodach z badań o poziomach od 2 do 5. wskazuje na minimalne lub sprzeczne dowody z badań dla wspierania kierunku prawdziwego kierunku i/lub wielkości efektu. przyszłe badania mogą wpłynąć na rekomendacje.

¹quality of evidence;

²levels of evidence – można odnieść do oddzielnego opisu / publikacji (piramidy levels of evidence) w ramach projektu.

Klasyfikacja wielkości efektu, ryzyka, szkód i kosztów:

Klasyfikacja wielkości / znaczenia	Definicja
Znaczny / istotny	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przytłaczająco przemawia za wytypowanym kierunkiem (efektu).
Umiarkowany	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przemawia za wytypowanym kierunkiem (efektu).
Niewielki / nieznaczny	Bilans korzyści w stosunku do ryzyka, szkód lub kosztów przedstawia niewielkie wsparcie dla wytypowanego kierunku (efektu).

Siła rekomendacji:

Siła rekomendacji	Symbol	Definicja
Mocna	●●●●●	Wysoki poziom pewności umiarkowanych do znaczących korzyści, szkód albo kosztów; albo umiarkowany poziom pewności znaczących korzyści, szkód albo kosztów (w oparciu o dowody na poziomie 1 lub 2, z przynajmniej 1 publikacją na poziomie 1).
Umiarkowana	●●●●○	Wysoki poziom pewności niewielkich do umiarkowanych korzyści, szkód albo kosztów; albo umiarkowany poziom pewności umiarkowanych korzyści, szkód albo kosztów (w oparciu o przeważające dowody na poziomie 2, albo 1 wysokiej jakości kontrolowany eksperyment randomizowany).
Słaba	●●○○○	Umiarkowany poziom pewności niewielkich korzyści, szkód albo kosztów; albo niski poziom pewności umiarkowanych do znaczących korzyści, szkód albo kosztów (w oparciu o dowody na poziomach do 2 do 5).
Teoretyczne/ oparte na badaniach podstawowych	●○○○○	Przewaga dowodów z badań na zwierzętach albo na zwłokach, z modeli/założeń koncepcyjnych / teoretycznych, albo z badań podstawowych/ laboratoryjnych; albo popierająca rekomendacje opinia ekspertów opublikowana w recenzowanym czasopiśmie naukowym.
Najlepsza praktyka	●○○○○	Praktyka / postępowanie rekomendowana w oparciu o bieżące normy / zasady praktyki klinicznej; albo wyjątkowe sytuacje, w których badania potwierdzające nie zostały lub nie mogą być przeprowadzone, ale występuje klarowna korzyść, szkodliwość albo koszt; albo opinia ekspertów.
Badania naukowe	(brak)	Brak badań naukowych na dany temat albo niezgodność wniosków z badań o wyższej jakości na dany temat.

Język formułowania rekomendacji (na ile są obligatoryjne), w powiązaniu z siłą rekomendacji, jakością dowodów, klasyfikacją wielkości efektu i przewagą korzyści wobec, ryzyka, szkody albo kosztu*:




Siła rekomendacji	Jakość dowodów i klasyfikacja siły rekomendacji	Przewaga korzyści, ryzyka, szkodliwości albo kosztów	Poziom obowiązku realizacji wytycznych
silne	(dowody) wysokiej jakości i (rekomendacje) o umiarkowanej do znaczącej sile <i>albo</i>	korzyści	trzeba <i>albo</i> powinno się
	(dowody) umiarkowanej jakości i (rekomendacje) o znaczącej sile	ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	nie wolno <i>albo</i> nie powinno się
umiarkowane	(dowody) wysokiej jakości i (rekomendacje) o małej do umiarkowanej sile [słabe do umiarkowanych] <i>albo</i>	korzyści	powinno się
	(dowody) umiarkowanej jakości i (rekomendacje) o umiarkowanej sile	ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	nie powinno się

słabe	(dowody) umiarkowanej jakości i (rekomendacje) o małej sile [słabe] albo	korzyści	można (stosować / raczej stosować)
	(dowody) słabej jakości i (rekomendacje) o umiarkowanej do znaczącej sile	ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	może nie / raczej nie.. (stosować) [może nie stosować / raczej nie stosować]
teoretyczne/ oparte na badaniach podstawowych	nie dotyczy	korzyści	można (stosować / raczej stosować)
		ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	może nie / raczej nie.. (stosować) [może nie stosować / raczej nie stosować]
najlepsza praktyka	niewystarczająca jakość (dowodów) i jednoznaczna (klarowna) siła (rekomendacji)	korzyści	powinno się albo można (stosować/ raczej stosować)
		ryzyko, szkody / szkodliwość albo koszty	nie powinno się albo może nie / raczej nie.. (stosować) [może nie stosować / raczej nie stosować]
badania naukowe	niewystarczająca jakość (dowodów) i niejednoznaczna (niejasna) siła (rekomendacji) albo	różne dane	nie dotyczy
	(dowody) sprzeczne, wysokiej do umiarkowanej jakości i sprzeczna siła (rekomendacji)		

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji

Podsumowanie rekomendacji *International Conference of Frailty and Sarcopenia Research (ICFSR) International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management [J Nutr Health Aging. 2019;23(9):771-787]*

Interwencja	Siła rekomendacji	Charakterystyka
Badanie screeningowe		
Realizacja badań przesiewowych pod kątem ryzyka wystąpienia / występowania zespołu słabości		U wszystkich osób w wieku 65 lat i więcej fizjoterapeuci powinni wykonywać badanie przesiewowe pod kątem ryzyka wystąpienia / występowania zespołu słabości przy użyciu rzetelnego narzędzia do szybkiego wykrywania zespołu słabości lub zagrożenia jego wystąpienia.
Ocena kliniczna		
Ocena kliniczna zespołu słabości		Ocenę kliniczną zespołu słabości należy przeprowadzić u wszystkich osób starszych, u których badania przesiewowe wykazały występowanie zespołu słabości (<i>frail</i>) lub stan predysponujący do zespołu słabości (<i>pre-frail</i>).
Kompleksowe postępowanie w zespole słabości		
Postępowanie lecznicze		Kompleksowy plan opieki dla osób z zespołem słabości powinien uwzględniać: leczenie sarkopenii, uleczalnych przyczyn utraty masy ciała i przyczyn zmęczenia (depresja, anemia, niedociśnienie, niedoczynność tarczycy i niedobór witaminy B12).

Skierowanie do lekarza geriatry	●○○○○ ¹	W stosownych przypadkach osoby z zaawansowanym zespołem słabości powinny być kierowane do geriatry.
Aktywność fizyczna / ćwiczenia	●●●○○	Osobom starszym z zespołem słabości lub w stanie predysponującym do zespołu słabości powinno się zaproponować wieloskładnikowy program aktywności fizycznej (jako element postępowania leczniczego lub profilaktycznego).
Program aktywności fizycznej z treningiem oporowym	●●●○○	Osoby starsze z zespołem słabości lub w stanie predysponującym do zespołu słabości powinny być kierowane do uczestnictwa w programie aktywności fizycznej z komponentem progresywnego treningu oporowego.
Suplementacja białka / kalorii	●○○○○ (warunkowa)	Suplementację białkową/kaloryczną można rozważyć u osób z zespołem słabości, gdy zdiagnozowano utratę masy ciała lub niedożywienie.
Suplementacja żywieniowa wraz z aktywnością fizyczną	●○○○○ (warunkowa)	Lekarze mogą zalecać suplementację żywieniową/białkową w połączeniu z aktywnością fizyczną.
Zdrowie jamy ustnej	●○○○○ ¹	Należy edukować osoby starsze z zespołem słabości nt. zdrowia jamy ustnej.
Leczenie farmakologiczne słabości	●○○○○ ¹	Obecnie dostępne leczenie farmakologiczne nie jest zalecane w leczeniu słabości (zalecane jest leczenie przyczynowe elementów wskazanych w wierszu Postępowanie lecznicze).
Suplementacja witaminą D	●○○○○ ¹	Suplementacja witaminą D nie jest zalecana w leczeniu zespołu słabości, chyba że występuje niedobór witaminy D.
Terapia poznawcza lub psychologiczna	●○○○○ ¹	Terapia poznawcza lub psychologiczna nie jest systematycznie zalecana w leczeniu zespołu słabości.
Terapia hormonalna	●○○○○ ¹	Terapia hormonalna nie jest zalecana w leczeniu zespołu słabości.
Opieka społeczna	●●●○○	Wszystkim osobom o słabym zdrowiu można w razie potrzeby zaoferować wsparcie społeczne w celu zaspokojenia niezaspokojonych potrzeb i zachęcenia do przestrzegania Kompleksowego postępowania w zespole słabości.
Trening w warunkach domowych	●○○○○ (warunkowa)	Osoby z zespołem słabości mogą mieć realizowany trening w warunkach domowych.

¹CBR, Consensus Based Recommendations -- zalecenia oparte na konsensusie

Szczegółowe rekomendacje

Realizacja badań przesiewowych ○○○○

Treść rekomendacji:

U wszystkich osób w wieku 65 lat i więcej należy wykonywać badania przesiewowe pod kątem ryzyka wystąpienia / występowania zespołu słabości przy użyciu rzetelnego narzędzia do szybkiego wykrywania zespołu słabości lub ryzyka jego wystąpienia.

Jakość dowodów z badań:

Niska.

<i>Siła rekomendacji:</i>	Wysoka – Grupa zadaniowa ICFSR zdecydowanie zaleca, aby osoby starsze poddawały się badaniom przesiewowym pod kątem zespołu słabości przy użyciu prostego, zatwierdzonego narzędzia do wykrywania tego zespołu, odpowiedniego do konkretnego otoczenia lub kontekstu (zgoda grupy zadaniowej z zaleceniem: 78,9%). Zalecenie to uzyskało również jednogłośne poparcie ze strony zewnętrznej grupy oceniającej świadczeniodawców oraz silne poparcie ze strony konsumentów (pacjentów).
<i>Jakość dowodów z badań – łącznie:</i>	Wiele narzędzi do badań przesiewowych zespołu słabości jest dobrze ugruntowanych jako predyktory niekorzystnych wyników, takich jak śmiertelność, pogorszenie funkcji, czy długi pobyt w szpitalu. Jednak dostępne są tylko dowody o niskiej jakości, że badania przesiewowe w zakresie zespołu słabości są skuteczne w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i informowaniu o powrocie do zdrowia w warunkach klinicznych. Brakuje bazy dowodowej pokazującej, że badania przesiewowe zespołu słabości prowadzą do lepszego zarządzania procesem leczniczym i opiekuńczym u słabych osób starszych.
<i>Wskazówka praktyczna z badań:</i>	Narzędzie do oceny występowania zespołu słabości musi być proste i skuteczny w identyfikacji tego zespołu lub stanu poprzedzającego. Obecnie istnieje duży wybór instrumentów przesiewowych. Narzędzia przesiewowe zalecane przez grupę zadaniową obejmują <i>Rockwood's Clinical Frailty Scale (CFS)</i> , <i>International Association of Nutrition and Ageing (IANA)'s FRAIL scale</i> oraz <i>Edmonton Frailty Scale (EFS)</i> .
<i>Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:</i>	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » korzyści w zakresie wczesnego wykrywania osób z zespołem słabości lub zagrożonych jego wystąpieniem, » poprawa zdrowia, funkcjonowania i jakości życia osób starszych (istnieje wiele możliwości odwrócenia słabości, szczególnie w jej wczesnych stadiach), » proste i łatwe w użyciu narzędzia pomiarowe. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » bariery we wdrażaniu programów badań przesiewowych osób w starszym wieku, w tym brak świadomości społecznej na temat zespołu słabości, trudności osób starszych w dostępie do usług podstawowej opieki zdrowotnej i jej opłacaniu, brak akceptacji badań przesiewowych przez osoby starsze oraz brak jasności co do tego, jakie ścieżki postępowania/leczenia powinny być zgodne z wynikami badań przesiewowych / diagnoz, » niska pewność dowodów efektywności kosztowej badań przesiewowych w kierunku zespołu słabości - nie jest jasne, czy korzyści z badań przesiewowych w kierunku zespołu słabości przewyższą koszty jego leczenia i opieki społecznej.
<i>Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:</i>	Korzyści badań przesiewowych wydają się być logiczne z punktu widzenia jednostki, nierozwiązana pozostaje jednak kwestia powiązania badań przesiewowych z procedurami leczenia zespołu słabości, jak również brakuje jednoznacznych dowodów na efektywność kosztową takich badań w kontekście wydatków poniesionych na ich realizację vs obniżenie kosztów opieki zdrowotnej i społecznej.
<i>Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:</i>	<p>Brak wystarczających dowodów naukowych co do korzyści związanych z prowadzonymi badaniami przesiewowymi w kontekście skuteczności wykrywania i leczenia osób z zespołem słabości.</p> <p>Brak wystarczających dowodów czy koszty badań przesiewowych pozwolą obniżyć koszty leczenia i opieki nad pacjentami starszymi z zespołem słabości.</p>

Ocena kliniczna zespołu słabości ○○○○

Treść rekomendacji:	Ocenę kliniczną zespołu słabości należy przeprowadzić u wszystkich osób starszych, u których badania przesiewowe wykazały występowanie zespołu słabości (<i>frail</i>) lub stan predysponujący do zespołu słabości (<i>pre-frail</i>).
Jakość dowodów z badań:	Niska.
Siła rekomendacji:	Wysoka – Grupa zadaniowa zdecydowanie zgodziła się, że kliniczną ocenę słabości należy przeprowadzić u wszystkich osób starszych dorosłych, u których stwierdzono zespół słabości lub stan poprzedzający zespół słabości (zgoda grupy zadaniowej z zaleceniem: 94,7%). Zalecenie to zostało zgodnie poparte przez świadczeniodawców i grupy konsumenckie (pacjentów).
Jakość dowodów z badań – łącznie:	<p>Zespół słabości można ocenić klinicznie przy użyciu różnych kryteriów. Zalecanym przez ICFSR standardem oceny klinicznej słabości jest wysoce potwierdzony fenotyp słabości fizycznej, opracowany przez Frieda i wsp. w 2001 roku. U osoby starszej jest stwierdzany zespół słabości, gdy obecne są trzy lub więcej z pięciu wskazanych składników, zaś stan poprzedzający zespół słabości, gdy występuje jeden lub dwa składniki. Dowody o umiarkowanej pewności wskazują, że ocena zespołu słabości przy użyciu fenotypu Frieda jest korzystna dla osób starszych z zespołem słabości.</p> <p>Z klinicznego punktu widzenia ważne jest odróżnienie słabości od wielochorobowości (polipragmazji) i niepełnosprawności, ponieważ postępowanie w tych stanach jest różne. Kompleksowa ocena geriatryczna (COG) jest zbyt złożona, aby można ją było wykorzystać jako narzędzie do oceny zespołu słabości.</p>
Wskazówka praktyczna z badań:	Ocena słabości powinna być przeprowadzona przez pracownika medycznego, który przeszedł specjalne szkolenie w zakresie oceny słabości. Ta ocena nie ogranicza się do geriatrów, ale obejmuje również innych lekarzy specjalistów, lekarzy pierwszego kontaktu i innych pracowników ochrony zdrowia, którzy przeszli szkolenie geriatryczne.
Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » wykrywanie zespołu słabości lub stanu poprzedzającego zespół słabości. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » brak informacji.
Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:	Przewaga korzyści. Korzyści badań klinicznych wydają się być logiczne z punktu widzenia jednostki, brak informacji o dowodach wskazujących na szkody z prowadzonej oceny.
Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:	<p>Brak jasnych dowodów oraz systemowych decyzji o prowadzeniu badań w kierunku oceny zespołu słabości przez personel medyczny.</p> <p>Brak wystarczających dowodów naukowych co do skuteczności w zapobieganiu i leczeniu zespołu słabości oraz korzyści z tego wynikających w kontekście prowadzonej oceny klinicznej przez szeroko rozumiany personel medyczny (lekarzy pierwszego kontaktu, fizjoterapeutów, pielęgniarki i in.).</p>

Postępowanie lecznicze ○○○○

Treść rekomendacji:	Kompleksowy plan opieki (postępowania) dla osób z zespołem słabości powinien uwzględniać: leczenie sarkopenii, uleczalnych przyczyn utraty masy ciała i przyczyn zmęczenia (depresja, anemia, niedociśnienie, niedoczynność tarczycy i niedobór witaminy B12).
Jakość dowodów z badań:	Bardzo niska.
Siła rekomendacji:	Wysoka – Grupa zadaniowa ICFSR wyraziła zdecydowane zalecenie na wdrożenie planu leczenia/kompleksowej opieki (postępowania) dla wszystkich osób starszych z zespołem słabości, zgodnie z preferencjami, celami i poziomem słabości starszej osoby (zgoda grupy zadaniowej z zaleceniem: 89,5%). Plan opieki powinien obejmować leczenie sarkopenii, polipragmazji, przyczyn wyczerpania (depresji, anemii, niedociśnienia, niedoczynności tarczycy i niedoboru witaminy B12) oraz uleczalnych przyczyn utraty masy ciała / niedożywienia. Zmęczenie jest również wynikiem różnych chorób współistniejących, takich jak niewydolność serca, w związku z tym zespół zadaniowy sugeruje przeprowadzenie oceny klinicznej w celu wykluczenia innych przyczyn zmęczenia. Oceniające zewnętrzne grupy świadczeniodawców również zdecydowanie zgodziły się z tym zaleceniem.
Jakość dowodów z badań – łącznie:	Pojawiają się dowody na skuteczność kompleksowego planu postępowania w zespole słabości. Ocena bazy dowodów naukowych wykazała, że istnieje niska pewność dowodów (mieszane rezultaty) dotyczących skuteczności indywidualnie dostosowanych planów opieki dla osób starszych z zespołem słabości, natomiast zdecydowanie silniejsze dowody wskazują na skuteczność interwencji grupowych.
Wskazówka praktyczna z badań:	Biorąc pod uwagę ścisły związek między zmniejszoną siłą mięśni a słabością, zaleca się przyjęcie strategii postępowania z sarkopenią również w przypadku osób starszych z zespołem słabości. Ostatnie wytyczne ICFSR dotyczące sarkopenii omawiają konkretne strategie poprawy aspektów sarkopenii (siła, funkcja i masa mięśniowa). Starsze osoby z zespołem słabości lub w stanie poprzedzającym ten zespół powinny być oceniane także pod kątem przyczyn zmęczenia. Niedawne badania na dużą skalę z holenderskich i włoskich zbiorów danych (odpowiednio <i>Longitudinal Aging Study of Amsterdam (LASA)</i> i <i>Invecchiare in Chianti (InCHIANTI)</i>) wykazały, że wyczerpanie (zmęczenie) było pierwszym objawem zespołu słabości u osób starszych.
Potencjalne korzyści, ryzyka i szkody z zastosowania rekomendacji:	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> » kompleksowe postępowanie i leczenie zespołu słabości lub stanu poprzedzającego zespół słabości, grupowe lub indywidualne, » badania ekonomiczne wykazały, że niektóre interwencje w porównaniu ze zwykłą opieką, zapewniały lepszy stosunek efektów do nakładu, szczególnie w przypadku bardzo słabych osób starszych mieszkających w społeczności, i miały korzystny wpływ na niektóre wyniki związane ze słabością w leczeniu szpitalnym i ambulatoryjnym, bez zwiększania kosztów. <p>Ryzyka, szkody i/ lub koszty:</p> <ul style="list-style-type: none"> » pewne doniesienia dotyczące niewielkiej skuteczności niektórych interwencji, zwłaszcza domowych, » nie wykazano szkód związanych z interwencjami.
Oszacowanie rachunku korzyści i szkodliwości:	Przewaga korzyści. Wiele badań wskazuje na korzyści z interwencji zwłaszcza o charakterze grupowych w kierunku leczenia i obniżania ryzyka występowania zespołu słabości, brak informacji o dowodach wskazujących na szkody z prowadzonej działalności, niektóre dowody wskazują na niewielki efekt leczniczy lub jego brak.

**Niepewność /
niejasności co do
praktyki i wskazówki
do dalszych badań:**

Brak systemowych decyzji o prowadzeniu kompleksowego zarządzania leczeniem zespołu słabości.

Brak klarownych dowodów naukowych dotyczących skuteczności leczniczej i ekonomicznej wybranego kompleksowego postępowania w zespole słabości.

Potrzebne są dalsze badania naukowe (zwłaszcza eksperymenty z randomizacją, RCT) w celu wzmocnienia aktualnych dowodów i zbadania wpływu i korzyści z różnych interwencji u osób z zespołem słabości lub w stanie go poprzedzającym.

Istnieje również potrzeba ustalenia najoptymalniejszego sposobu postępowania (interwencji) w opiece nad osobami starszymi z zespołem słabości / ryzykiem wystąpienia zespołu słabości oraz oceny ekonomicznej tych działań.

Uzasadnienie – dyskusja poszczególnych badań – przekracza ramy opracowania, znajduje się w dokumencie źródłowym.

Skierowanie do lekarza geriatry ○○○○

Treść rekomendacji:

W stosownych przypadkach osoby z zaawansowanym zespołem słabości powinny być kierowane do lekarza geriatry.

**Jakość dowodów
z badań:**

Brak.

Siła rekomendacji:

Warunkowa – Grupa zadaniowa jednogłośnie ustaliła, że w stosownych przypadkach osoby starsze w zaawansowanym zespole słabości powinny być kierowane do lekarza geriatry (umowa grupy zadaniowej z zaleceniem: 100%).

Wskazówka praktyczna: To zalecenie odzwierciedla doświadczenie geriatrów w postępowaniu w bardziej złożonych przypadkach zespołu słabości. Zalecenie to spotkało się z poparciem oceniających grup świadczeniodawców, chociaż podkreślono, że na obszarach wiejskich geriatry nie są lokalnie dostępni i tworzą się długie listy oczekujących na wstępne konsultacje. W takich przypadkach wymagane jest zajęcie się zespołem słabości przez lekarza pierwszego kontaktu.

**Jakość dowodów
z badań – łącznie:**

Brak – uzgodnienie warunkowe na bazie doświadczenia i praktyki.

Aktywność fizyczna/ćwiczenia ○○○○

Treść rekomendacji:

Osobom starszym z zespołem słabości lub w stanie predysponującym do zespołu słabości powinno się zaproponować wieloskładnikowy program aktywności fizycznej (jako element postępowania leczniczego lub profilaktycznego).

**Jakość dowodów
z badań:**

Umiarkowana.

Siła rekomendacji:

Wysoka – Grupa zadaniowa jest zgodna co do tego, że wieloskładnikowy program aktywności fizycznej powinien być zalecany wszystkim starszym osobom z zespołem słabości lub w stanie predysponującym do zespołu słabości (jako element prewencyjny) (zgoda grupy zadaniowej z zaleceniem: 94,7%). Grupy oceniające świadczeniodawców całkowicie zgodziły się z tym zaleceniem, sugerując, aby wszystkie programy aktywności fizycznej były realizowane w procesie skierowania. Podobna była ocena wśród grup konsumentów (pacjentów), że aktywność fizyczna jest najbardziej realnym sposobem zapobiegania i leczenia zespołu słabości.

Jakość dowodów z badań – łącznie:

Korzystając z metodologii GRADE, na podstawie dowodów o niskiej pewności wykazano, że wieloskładnikowe programy aktywności fizycznej (łącznie trening oporowy z treningiem aerobowym i treningiem równowagi) były skuteczne w radzeniu sobie z zespołem słabości u osób starszych. Najnowsze przeglądy systematyczne, które obejmują tylko badania dotyczące leczenia zespołu słabości (nie połączone z badaniami dotyczącymi zapobiegania), wykazały, że trening wieloskładnikowy poprawił wyniki: siły mięśni, równowagi, niepełnosprawności i upadków u osób starszych z zespołem słabości. Do chwili opracowania wytycznych nie było wystarczająco pewnych dowodów na to, że zespół słabości lub pogorszenie funkcji można poprawić za pomocą programów wieloskładnikowych, głównie dlatego, że bardzo niewiele badań faktycznie mierzy te dwie zmienne zarówno na początku, jak i podczas obserwacji. Nie było wystarczających dowodów, aby określić optymalną częstotliwość, intensywność, czas i rodzaj aktywności fizycznej wymaganej do leczenia/radzenia sobie z zespołem słabości. Podobnie nie było wystarczającej literatury, aby określić dokładną kombinację treningu (trening aerobowy, oporowy i równowagi) najskuteczniejszego w leczeniu zespołu słabości. Niezależnie od tego, zrozumiałe jest, że aby programy aktywności fizycznej były skuteczne dla osób o słabym zdrowiu, potrzebny jest minimalny poziom intensywności i odpowiedni czas trwania programu. Według niedawnego przeglądu systematycznego, grupowe sesje aktywności fizycznej były bardziej skuteczne w poprawie stanu osób z zespołem słabości niż sesje indywidualne.

Wskazówka praktyczna z badań:

Dla osób starszych z zespołem słabości lub predysponującym do wystąpienia zespołu słabości, jak również w celu zapobiegnięcia stanowi osłabienia, wskazany jest systematyczny udział w wieloskładnikowym programie ćwiczeń fizycznych prowadzonym przez wykwalifikowany personel (najlepiej fizjoterapeutę). Szczególnie zalecane są ćwiczenia prowadzone w grupach, zwiększające dodatkowo motywację do aktywności oraz uczestnictwo w życiu społecznym.

Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:

Potrzebne są dalsze badania naukowe (RCT) w celu wzmocnienia aktualnych dowodów i wyłonienia najoptymalniejszego wieloskładnikowego programu ćwiczeń fizycznych u osób z zespołem słabości, jak również u osób zagrożonych jego wystąpieniem.

Uzasadnienie – dyskusja poszczególnych badań – przekracza ramy opracowania, znajduje się w dokumencie źródłowym.

Program aktywności fizycznej z treningiem oporowym ○○○○**Treść rekomendacji:**

Osoby starsze z zespołem słabości lub w stanie predysponującym do zespołu słabości powinny być kierowane do uczestnictwa w programie aktywności fizycznej z komponentem progresywnego treningu oporowego.

Jakość dowodów z badań:

Umiarkowana.

Siła rekomendacji:

Wysoka – Grupa zadaniowa jest zgodna co do tego, że terapia pierwszego rzutu w leczeniu zespołu słabości powinna obejmować wieloskładnikowy program aktywności fizycznej z komponentem treningu oporowego (zgodność grupy zadaniowej z zaleceniem: 94,7%). Istniały dwa główne powody przemawiające za mocnym zaleceniem grupy zadaniowej: (a) silny związek pomiędzy zastosowanym treningiem oporowym a uzyskiwanymi w badaniach klinicznych pozytywnymi efektami u osób starszych z zespołem słabości; oraz (b) porozumienie grup konsumentów (pacjentów) co do znaczenia treningu oporowego.

Jakość dowodów z badań – łącznie:

Dowody o umiarkowanej pewności wskazywały, że osoby starsze z zespołem słabości poprawiają swój stan zdrowia i sprawność fizyczną w wyniku stosowania progresywnego treningu oporowego lub wieloskładnikowego programu aktywności fizycznej obejmującego także trening oporowy.

Wskazówka praktyczna z badań:

Dla osób starszych z zespołem słabości lub predysponującym do wystąpienia zespołu słabości wskazany jest trening oporowy obejmujący każdą aktywność fizyczną, która wykorzystuje opór zewnętrzny (np. trening siłowy z hantlami, z wykorzystaniem maszyn, oporu wody, elastycznych taśm terapeutycznych, własnego ciężaru ciała) w celu wywołania skurczów mięśni szkieletowych na poziomie wyższym niż podczas rutynowej aktywności.

Suplementacja białka/kalorii ○○○○**Treść rekomendacji:**

Suplementację białkową/kaloryczną można rozważyć u osób z zespołem słabości, gdy zdiagnozowano u nich utratę masy ciała lub niedożywienie.

Jakość dowodów z badań:

Bardzo niska.

Siła rekomendacji:

Warunkowa – Zespół zadaniowy zaleca suplementację białkową i/lub kaloryczną u osób starszych z zespołem słabości, gdy występuje utrata masy ciała lub zdiagnozowano niedożywienie (zgoda grupy zadaniowej z zaleceniem: 78,9%). Świadczeniodawcy generalnie zgodzili się z tym stwierdzeniem, podobnie jak większość uczestników grupy konsumenckiej (pacjentów). Zespół zadaniowy zasugerował również, aby uzyskać formalną diagnozę niedożywienia, jako podstawę do zalecenia suplementacji żywieniowej.

Jakość dowodów z badań – łącznie:

Podstawa dowodowa dotycząca suplementacji żywieniowej jest niejednorodna pod względem wyników badań i nie można wyciągnąć jednoznacznych wniosków. Przeglądy systematyczne wskazują, że w badaniach obserwacyjnych niedożywienie u osób starszych jest ściśle związane z zespołem słabości. Jednakże w badaniach interwencyjnych tylko bardzo słabe dowody potwierdzają efektywność suplementacji białkowej/kalorycznej u osób starszych. Przeglądy systematyczne dotyczące suplementacji białka i/lub kalorii wskazują, że: (a) U mieszkających w społeczności osób starszych z osłabieniem fizycznym nie było pewności, czy suplementacja fosfolipidami poprawiła siłę mięśni lub sprawność fizyczną w porównaniu z placebo; ocena z kryteriami GRADE wykazała bardzo niską pewność dowodów dla wszystkich wyników, z bardzo poważnym ryzykiem stronniczości i poważnymi problemami zarówno z nieprecyzyjnością, jak i uogólnieniami; (b) Wśród osób starszych o słabym zdrowiu suplementacja białkowo-energetyczna/białkowa doprowadziła do zwiększenia wydolności fizycznej i siły (chodu/siły nóg) z umiarkowaną pewnością dowodów (oceny za pomocą kryteriów GRADE), a także do poprawy szybkości chodu i słabości (niska pewność dowodów). Jednak ten wniosek został sformułowany tylko na podstawie trzech badań klinicznych, w których zidentyfikowano błędy metodologiczne.

Ogólna jakość diety może wpływać na postęp słabości u osób starszych. Przykładowo dowody z niskiej jakości w prospektywnych badaniach kohortowych wskazują, że tradycyjna dieta śródziemnomorska może zmniejszyć ryzyko słabości u osób starszych mieszkających w społeczności. Wnioski te zostały poparte metaanalizą, która wykazała, że dobre przestrzeganie diety śródziemnomorskiej znacznie zmniejszyło liczbę przypadków zespołu słabości. Brak odpowiedniej jakości składników odżywczych w diecie może również przyspieszyć postęp zespołu słabości, a niedawny przegląd systematyczny donosi, że mikroskładniki odżywcze, takie jak kwas foliowy, β -karoten i witaminy A, C i E, wiążą się z rozwojem zespołu słabości. Jednak badania jakości diety (w tym spożycia mikroelementów) skupiały się przede wszystkim na zapobieganiu rozwojowi słabości. Nie jest znany wpływ jakości diety na leczenie/postępowanie w już stwierdzonym zespole słabości.

Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:

Potrzebne są dalsze badania naukowe (RCT) w celu wzmocnienia aktualnych dowodów dotyczących wpływu suplementacji białkowej/kalorycznej u osób z zespołem słabości.

Potrzebne są badania kliniczne z udziałem osób starszych z zespołem słabości, aby stworzyć bazę dowodową dotyczącą korzyści jakości diety w leczeniu zespołu słabości u osób starszych.

Suplementacja żywieniowa wraz z aktywnością fizyczną ○○○○

Treść rekomendacji:	Lekarze mogą zalecać suplementację żywieniową/białkową w połączeniu z aktywnością fizyczną.
Jakość dowodów z badań:	Niska.
Siła rekomendacji:	Wysoka – Osobom starszym z zespołem słabości można zaproponować suplementację żywieniową/białkową połączoną z programem aktywności fizycznej (umowa grupy zadaniowej z zaleceniem: 89,5%).
Jakość dowodów z badań – łącznie:	Dane naukowe o niskiej pewności wskazują, że aktywność fizyczna połączona z interwencją żywieniową skutecznie poprawia stan zdrowia, szybkość chodu, siłę chwytu ręki i sprawność fizyczną u osób starszych z zespołem słabości i/lub w stanie poprzedzającym zespół słabości. Większość z tych wniosków opiera się na jednym badaniu RCT o niewielkiej liczebności próby (n = 131) starszych Japonek z zespołem słabości. Badania kliniczne łączące aktywność fizyczną i suplementację żywieniową zawierają zwykle błędy metodologiczne.

Zdrowie jamy ustnej ○○○○

Treść rekomendacji:	Należy edukować osoby starsze z zespołem słabości nt. zdrowia jamy ustnej.
Jakość dowodów z badań:	Brak danych.
Siła rekomendacji:	Warunkowa – Grupa zadaniowa sugeruje, aby osoby starsze z osłabieniem zostały poinformowane o znaczeniu zdrowia jamy ustnej. Porady te mogą być częścią rutynowych wizyt lekarskich i mogą zawierać informacje na temat higieny jamy ustnej i protez. W niektórych przypadkach wskazane jest również skierowanie do specjalistów zajmujących się zdrowiem jamy ustnej.
Jakość dowodów z badań – łącznie:	Dowody z przeglądu systematycznego wskazują, że zdrowie jamy ustnej wiąże się z zespołem słabości, chociaż większość badań na ten temat pochodzi z badań przekrojowych. Starsi dorośli z osłabieniem są bardziej narażeni na bezzębie (zmniejszoną liczbę zębów) i mniejszą siłę zgryzu. Ostatnie badania prospektywne w Japonii wykazały, że osoby starsze z mniejszą siłą zgryzu/zmniejszoną zdolnością żucia są znacznie bardziej narażone na rozwój zespołu słabości. Podobnie, badanie osób starszych mieszkających w społeczności brytyjskiej wykazało, że zespół słabości częściej występował u osób starszych z bezzębem, problemami ze zdrowiem jamy ustnej lub objawami suchości w jamie ustnej. Jednak brakuje badań klinicznych badających wpływ poprawy zdrowia jamy ustnej na osoby starsze z zespołem słabości.

Leczenie farmakologiczne zespołu słabości ○○○○

Treść rekomendacji:	Obecnie dostępne leczenie farmakologiczne nie jest zalecane w leczeniu zespołu słabości (zalecane jest leczenie przyczynowe elementów wskazanych w punkcie <i>Postępowanie lecznicze</i>).
Jakość dowodów z badań:	Bardzo niska.
Siła rekomendacji:	Warunkowa – Zespół zadaniowy nie rekomenduje obecnie dostępnego leczenia farmakologicznego zespołu słabości (zgoda zespołu zadaniowego z zaleceniem: 89,5%). Oświadczenie to zostało również poparte przez obie grupy oceniające świadczeniodawców.

Jakość dowodów z badań – łącznie:

Nie ma wystarczających dowodów dotyczących skuteczności interwencji farmakologicznych u osób starszych z zespołem słabości. Dlatego nie można ocenić, czy korzyści z interwencji farmakologicznej przewyższają ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, takich jak niepożądane skutki uboczne i obciążenie pacjenta.

Niezależnie od tego, kilka ostatnich badań wskazuje na możliwości wykorzystania niektórych preparatów farmakologicznych do leczenia zespołu słabości. Zaproponowano, że strategie oparte na farmakoterapii mogą z czasem być korzystne dla osób starszych z osłabieniem, szczególnie dla tych ze współistniejącymi schorzeniami, które zaostwiają zespół słabości. Istnieje wiele wyzwań stojących przed badaniami farmakologicznymi dotyczącymi leczenia zespołu słabości, w tym brak standardowego pomiaru zespołu słabości i dokładnego określenia, kto będzie brał udział w badaniach klinicznych, biorąc pod uwagę różne konceptualne rozumienie zespołu słabości.

Wskazówka praktyczna z badań:

Klinicystom zaleca się stosowanie własnej oceny klinicznej dotyczącej zastosowania leczenia farmakologicznego w schorzeniach współistniejących.

Suplementacja ○○○○**Treść rekomendacji:**

Suplementacja witaminą D nie jest zalecana w leczeniu zespołu słabości, chyba że występuje jej niedobór.

Jakość dowodów z badań:

Bardzo niska.

Siła rekomendacji:

Warunkowa – Zespół zadaniowy nie zaleca suplementacji witaminą D w leczeniu słabości, chyba że istnieje wyraźny jej deficyt (zgoda zespołu zadaniowego z zaleceniem: 89,5%).

Jakość dowodów z badań – łącznie:

W większości badań epidemiologicznych stwierdzono, że zespół słabości jest związany z niskim poziomem witaminy D. Jednak nie ma wystarczających dowodów, że suplementacja witaminą D poprawia zdrowie u osób starszych z zespołem słabości. Istnieje wyraźny niedobór badań klinicznych w tym zakresie. Istnieją dowody o umiarkowanej pewności, mówiące że suplementacja witaminą D zmniejsza wskaźnik upadków, ale prawdopodobnie nie wpływa na ryzyko upadków. Pod względem poprawy wyników czynnościowych baza dowodowa jest niespójna.

Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:

Potrzebne są dalsze badania nad rolą suplementacji witaminy D w zapobieganiu i leczeniu zespołu słabości u osób starszych.

Terapia poznawcza lub psychologiczna ○○○○**Treść rekomendacji:**

Terapia poznawcza lub psychologiczna nie jest systematycznie zalecana w leczeniu zespołu słabości.

Jakość dowodów z badań:

Bardzo niska.

Siła rekomendacji:

Warunkowa – Zespół zadaniowy nie zaleca terapii poznawczej lub rozwiązywania problemów w leczeniu zespołu słabości (zgoda zespołu zadaniowego z zaleceniem: 78,9%).

Jakość dowodów z badań – łącznie:

Obecne dowody są niewystarczające, aby odpowiednio ocenić skuteczność którejkolwiek z tych terapii w leczeniu zespołu słabości. W jednym badaniu klinicznym potwierdzono pozytywny wpływ terapii na pewne elementy funkcjonalne osób starszych ze stanem przed osłabieniem lub zespołem słabości, jednak efekt był znacznie mniejszy niż łączona aktywność fizyczna/interwencja żywieniowa.

Niepewność / niejasności co do praktyki i wskazówki do dalszych badań:

Potrzebne są dalsze badania nad rolą terapii poznawczej / rozwiązywania problemów w zapobieganiu i leczeniu zespołu słabości u osób starszych.

Terapia hormonalna ○○○○**Treść rekomendacji:**

Terapia hormonalna nie jest zalecana w leczeniu zespołu słabości.

Jakość dowodów z badań:

Bardzo niska.

Siła rekomendacji:

Warunkowa – Grupa zadaniowa nie zaleca terapii hormonalnej w leczeniu zespołu słabości (zgodność grupy zadaniowej z zaleceniem: 89,5%). Chociaż grupa zadaniowa nie zaleca terapii hormonalnej w leczeniu słabości, uznaje, że osoby starsze z zespołem słabości mogą wymagać terapii hormonalnej w przypadku innych schorzeń.

Jakość dowodów z badań – łącznie:

Przegląd systematyczny terapii hormonalnych wykazał tylko jedno małe badanie RCT, gdzie wykazano, że terapia dehydroepiandrosteronem i/lub atamestanem nie poprawiła parametrów zdrowia u starszych mężczyzn z zespołem słabości.

Opieka społeczna ○○○○**Treść rekomendacji:**

Wszystkim osobom o słabym zdrowiu można w razie potrzeby zaoferować wsparcie społeczne w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb i zachęcenia do przestrzegania kompleksowego postępowania w zespole słabości.

Grupa zadaniowa zdecydowanie zaleca, aby osoby starsze o słabym zdrowiu otrzymywały wsparcie społeczne w razie potrzeby w celu zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki i zachęcenia do przestrzegania kompleksowego planu opieki (postępowania) w zespole słabości (patrz Rekomendacja 3.). To zalecenie opiera się na konsensusie najlepszych praktyk (zgoda grupy zadaniowej z zaleceniem: 94,7%). Grupy konsumenckie (pacjentów) zgodziły się z tym stwierdzeniem i zaznaczyły, że osoby z deficytami poznawczymi będą szczególnie potrzebować tego wsparcia.

Jakość dowodów z badań:

Bardzo niska.

Siła rekomendacji:

Silna.

Jakość dowodów z badań – łącznie:

Isolacja społeczna jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju zespołu słabości u osób starszych. Osoby starsze mogą potrzebować pomocy (pokierowania) w korzystaniu z różnych świadczeń ochrony zdrowia oraz opieki specjalistycznej oraz w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego, takich jak zarządzanie lekami i zakupy spożywcze. Wpływ wsparcia społecznego na wyniki zdrowotne u osób starszych z zespołem słabości jest niepewny. Przegląd systematyczny pokazał, że zapewnienie praktycznego wsparcia społecznego dało pewne dowody potencjalnej skuteczności w umożliwianiu zmiany zachowań zdrowotnych u osób starszych w porównaniu ze zwykłą opieką. Jednak nie było dowodów skuteczności w odniesieniu do innych efektów (korzystanie z opieki zdrowotnej/socjalnej, zdrowie psychiczne, zdrowie ogólne i zachowania zdrowotne).

**Niepewność /
niejasności co do
praktyki i wskazówki
do dalszych badań:**

Potrzebne są dalsze badania dotyczące opieki i wsparcia społecznego w leczeniu zespołu słabości u osób starszych.

Trening w warunkach domowych ○○○○

Treść rekomendacji:

Osobom z zespołem słabości w słabej kondycji można zapewnić trening w warunkach domowych. Grupa zadaniowa sugeruje również, aby szkolenie w domu było przeprowadzane przez fachowych pracowników służby zdrowia i/lub przeszkolonych wolontariuszy.

Trening w domu można rozważyć w przypadku osób starszych z zespołem słabości w złej kondycji (zgoda grupy zadaniowej z zaleceniem: 94,7%).

**Jakość dowodów
z badań:**

Bardzo niska.

Siła rekomendacji:

Warunkowa.

**Jakość dowodów
z badań – łącznie:**

Na podstawie przeglądu systematycznego obejmującego sześć badań dotyczących poprawy zachowania zdrowotnego stwierdzono, że udzielanie mieszkającym w społeczności osobom starszym z zespołem słabości porad dotyczących zachowań zdrowotnych poprawia funkcjonowanie fizyczne (z niską pewnością dowodów). Nie istniały żadne dane dotyczące poprawy zachowań zdrowotnych w wyniku udzielania porad dotyczących zdrowia. Stwierdzono, że modyfikacja środowiska domowego w celu ułatwienia zmiany zachowań zdrowotnych poprawia zarówno funkcjonowanie fizyczne, jak i zachowania zdrowotne osób starszych z osłabieniem (bardzo niska pewność dowodów). Zalecenie dotyczące szkoleń w domu jest zgodne z inicjatywą WHO Zintegrowanej Opieki nad Osobami Starszymi (ICOPE).

Uzasadnienie – dyskusja poszczególnych badań – przekracza ramy opracowania, znajduje się w dokumencie źródłowym.

KOMENTARZ EKSPERCKI

Omawiany raport zawiera zalecenia dotyczące identyfikacji i postępowania w słabości u osób starszych, opracowane i zatwierdzone przez *International Conference of Frailty and Sarcopenia Research (ICFSR)*.

Zalecenia te zostały głównie oparte na dowodach przy użyciu metodologii GRADE, a dla sekcji, w których brakowało dowodów naukowych, utworzono zalecenia oparte na konsensusie w zakresie najlepszych praktyk.

Grupa zadaniowa ICFSR podkreśla, że wytyczne te należy stosować w połączeniu z oceną kliniczną (wnioskowaniem klinicznym) podczas opracowywania planów opieki dla osób starszych z zespołem słabości. Należy pamiętać, iż ze względu na spotykaną wielochorobowość, każda osoba starsza ma swoje własne, unikalne potrzeby, a podczas leczenia/postępowania w zespole słabości należy stosować zasady medycyny spersonalizowanej.

Integralną częścią zarządzania zespołem słabości jest wspólne podejmowanie decyzji, które obejmuje wspólne konsultacje decyzji między świadczeniodawcami, pacjentami i opiekunami w celu podjęcia decyzji o najlepszych strategiach opieki, co z kolei promuje opiekę skoncentrowaną na osobie. Czynniki ważne dla osób starszych należy uwzględnić w planowaniu opieki i podejmowaniu decyzji terapeutycznych, w tym preferencje, wartości i indywidualne priorytety. W opracowywanym planie wsparcia należy rozważać dostępne zasoby środowiska, w którym żyje osoba starsza.

Grupa zadaniowa zaleca, aby pracownicy ochrony zdrowia badali przesiewowo wszystkie osoby starsze pod kątem zespołu słabości przy użyciu zatwierdzonego instrumentu odpowiedniego dla określonego otoczenia lub kontekstu (silne zalecenie). W przypadku osób z pozytywnym wynikiem badania pod kątem zespołu słabości, należy przeprowadzić bardziej wszechstronną ocenę kliniczną (silne zalecenie). Kompleksowy plan opieki (postępowania)

w zespole słabości powinien uwzględniać identyfikację polifarmakoterapii (racjonalna lub nieracjonalna), leczenie sarkopenii, leczenie uleczalnych przyczyn utraty masy ciała oraz przyczyn przewlekłego zmęczenia (depresji, anemii, niedociśnienia, niedoczynności tarczycy i niedoboru witaminy B12) (silne zalecenie). Wszystkie osoby o słabym zdrowiu powinny otrzymać wsparcie społeczne w razie potrzeby, aby zaspokoić istotne potrzeby i zachęcić do przestrzegania kompleksowego planu opieki (silne zalecenie). Terapia pierwszego rzutu w leczeniu słabości powinna obejmować wieloskładnikowy program aktywności fizycznej z elementami treningu oporowego (silne zalecenie). Suplementacja białkowo-kaloryczna zalecana jest w przypadku utraty masy ciała lub niedożywienia (zalecenie warunkowe). Nie zalecono systematycznych dodatkowych terapii, takich jak terapia poznawcza, terapia rozwiązywania problemów, suplementacja witaminą D i leczenie hormonalne. Obecnie dostępne leczenie farmakologiczne nie jest zalecaną terapią w leczeniu słabości.

Sugeruje się opracowanie wytycznych dotyczących identyfikacji i leczenia słabości dla tych dziedzin badawczych, które mają większą bazę dowodową, a mianowicie opieki podstawowej, opieki ostrej, kardiologii, rehabilitacji i onkologii.

Ograniczenia

Przedstawione wytyczne ICFSR skupiają się na jednostce. Nie zostały zaprojektowane z punktu widzenia zdrowia publicznego, chociaż mają potencjał adaptacji w celu kształtowania polityki zdrowia publicznego.

Należy zauważyć występowanie znacznych luk w bazie dowodowej, które ograniczały zastosowanie metodologii GRADE. Komitet sterujący w pewnym stopniu uzupełnił te luki, stosując oparte na konsensusie zalecenia dotyczące najlepszych praktyk opracowane przez grupę zadaniową, grupy konsumentów pacjentów i zewnętrzną grupę oceniającą.

Głównym ograniczeniem w tworzeniu zaleceń jest brak wysokiej jakości badań RCT, na podstawie których można by opracować pewne (silne) wytyczne. Chociaż istnieje wiele klinicznych badań eksperymentalnych dotyczących zespołu słabości, większość nie mierzyła go za pomocą zatwierdzonych instrumentów. Wiele badań miało również poważne błędy metodologiczne, zwłaszcza związane z doбором pacjentów i randomizacją, niekompletne zbiory danych z powodu wysokiego wskaźnika utraty danych i selektywnego raportowania. Ponadto większość badań charakteryzowała się niską liczebnością badanych osób. Dodatkową obawą jest to, że przeglądy systematyczne dotyczące słabości mają tendencję do łączenia badań dotyczących zapobiegania słabości z badaniami dotyczącymi leczenia zespołu słabości lub stanów poprzedzających wystąpienie zespołu słabości. Konieczne jest zwiększenie liczby badań RCT.