



Impacto da pandemia do coronavírus na fragilidade do paciente



Myrian Najas

CRN – SP 1630

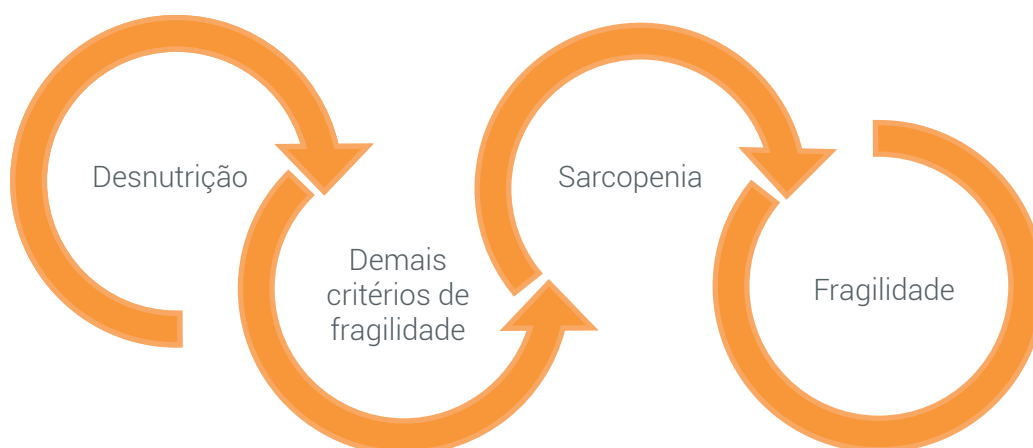
Especialista em Envelhecimento pela SBGG

Docente da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP/EPM

O isolamento social imposto a toda população, tem um impacto para os idosos maior do que para qualquer outra faixa etária, pois leva a um alto nível de estresse e, esse acaba induzindo respostas inflamatórias que reduzem a produção dos leucócitos e impactam na sua defesa às infecções. Ao mesmo tempo em que o isolamento protege o idoso do contato com portadores da COVID-19, pode contribuir para reduzir sua resposta imunológica. O agravante nessa situação também vem com a redução ou interrupção de qualquer tipo de atividade física ou mesmo pequenos deslocamentos (idas a praças, mercados, feiras ou padarias) levando ao sedentarismo.^{1,2}

Outro fator importante do isolamento social, é a **monotonia alimentar**, isto é, passa-se a ingerir maior quantidade de carboidratos e alimentos ultraprocessados (acentuada quantidade de sal, açúcar e gorduras saturadas) e **reduzida ingestão de frutas, hortaliças folhosas e não folhosas e principalmente de proteínas de alto valor biológico**.^{3,4}

A soma desses fatores: estresse, inflamação, redução de atividade física e alimentação desequilibrada resultam em redução de massa muscular e consequentemente de peso, contribuindo de forma direta com a espiral da fragilidade - desnutrição, sarcopenia e a síndrome da fragilidade, como demonstra a figura 1.^{1,12}



Fonte: Adaptado de Coelho-Júnior HJ et al, 2018.⁵

A fragilidade é definida por muitos pesquisadores como uma síndrome que diminui as reservas e a resistência aos estressores, resultando em vulnerabilidade do organismo, declínio funcional, incapacidades e, em estágios mais avançados, podendo levar à morte.⁶⁻⁸



Os marcadores de fragilidade associados ao declínio energético e das reservas são, entre outros, idade avançada, baixa atividade física e diminuição da massa magra e da força muscular.⁶

A fragilidade é uma síndrome preditiva de alto risco de mortalidade, mobilidade prejudicada, incapacidade para atividades da vida diária, bem como para a hospitalização.⁶

A desnutrição é considerada um dos pilares da fragilidade por influenciar todos os critérios de diagnósticos dessa síndrome como: baixa força muscular, exaustão, redução dos níveis de atividade física, baixa velocidade de marcha e perda de peso não intencional. **Dessa forma, a prevenção da desnutrição pode evitar o início da cascata da síndrome da fragilidade que, quando acomete um idoso, é muito difícil de ser revertida.**⁵⁻⁹

O estudo de Andrade e cols. mostraram que as prevalências de fragilidade hoje no Brasil aumentam segundo a idade, apresentando taxas de 13,5% na faixa etária de 60 anos ou mais e, 16,2% aos 65 anos ou mais, sendo estes dados da população em domicílio.^{1,12}

Alguns fatores são responsáveis pela estreita relação entre fragilidade e desnutrição: saúde bucal, qualidade da dieta, ingestão de macro e micronutrientes e redução do apetite (anorexia do envelhecimento), **porém, a ingestão de proteínas pode ser o principal fator devido às suas ações sobre a massa e sobre a força muscular.** Estas duas condições clínicas, a desnutrição e a fragilidade física, podem ser o resultado da progressão da sarcopenia.^{6,12}

A sarcopenia hoje é definida pelo grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em idosos revisado em 2019 (EWGSOP, 2019) como a perda de massa muscular associada à idade (sarcopenia primária) ou a doenças, inflamação, imobilidade, dentre outras (sarcopenia secundária). Para o diagnóstico, usa-se o mesmo critério: a diminuição da força muscular e redução da massa e/ou desempenho físico ou função.²

O anabolismo muscular é regulado por uma série de fatores, tendo como substrato fundamental os aminoácidos provenientes das proteínas da dieta.²

Algumas pesquisas têm demonstrado que 15% dos indivíduos com mais de 60 anos ingerem menos do que 75% da recomendação diária de proteínas na dieta. Najas e cols. demonstraram que a citação de ingestão diária de proteína animal na população idosa do município de São Paulo fica abaixo de 50%, considerando todos os níveis socioeconômicos.¹³

O menor aporte de proteínas, principalmente as de alto valor biológico, e a redução da quantidade de alimentos ingeridos, é um grave problema para esta parcela da população, uma vez que necessitam de mais proteína para apresentarem a mesma eficiência no metabolismo proteico do que os indivíduos jovens.^{6,12,14}

A intervenção nutricional na sarcopenia tem como objetivo minimizar a perda e aumentar a síntese muscular e deve ser iniciada logo após o diagnóstico. A ingestão proteica é o ponto central do tratamento, juntamente com a adequação calórica e a prática de exercício físico.¹⁴

A recomendação de proteína para idosos, segundo o consenso europeu (EWGSOP, 2019) é de 1,0 a 1,5g/kg de peso/dia para garantir o anabolismo proteico.²

Como adequar e minimizar os efeitos deletérios desse isolamento

A intervenção nutricional da desnutrição tem como meta atingir o balanço calórico positivo, ou seja, ingestão de calorias superior ao gasto calórico, resultando em aumento da reserva energética.¹⁴ Esta é a estratégia adequada para a melhor utilização das proteínas.



É recomendada uma dieta que atenda à recomendação de 32 a 38 kcal/kg de peso/dia para o cálculo das necessidades calóricas daqueles com baixo peso ou desnutridos. **Para pacientes com desnutrição moderada/grave deve-se iniciar a terapia nutricional oral (TNO) com valor calórico abaixo do metabolismo basal ou 20 kcal/kg de peso/dia, para uma melhor absorção dos nutrientes oferecidos.**^{9,15}

A intervenção dietética consiste em aumentar a densidade calórica (elevação do valor calórico da preparação sem alterar o seu volume), uma oferta alta de alimentos in natura e a ingestão de duas porções de carnes diariamente.¹⁴

A utilização de fórmulas nutricionais com alta concentração de proteínas, ou de módulos específicos de proteínas para atingir as recomendações, é essencial neste momento, uma vez que são conhecidas as dificuldades de ingestão de alimentos fontes de proteína (principalmente a animal) por parte dessa população, além do sedentarismo. Mesmo que o indivíduo não tenha iniciado nenhum desses processos (desnutrição, sarcopenia e fragilidade), é importante que se faça uma orientação de prevenção.

Assim, manter uma alta ingestão calórica e proteica é fundamental para evitar o início da espiral de fragilidade em meio ao isolamento social imposto.

Conheça soluções nutricionais de Nestlé Health Science para pacientes com maior necessidade proteica.

Nutrição enteral ou oral

Complementos Nutricionais Oraís

65 g/L de proteína

63 g/L de proteína

• fonte proteica 100% whey protein

11,2 g de proteína/200ml

17,2 g de proteína/200ml

20 g de proteína*

17 g de proteína**

16 g de proteína/200 ml

16 g de proteína/sachê

"TODOS OS PRODUTOS ACIMA NÃO CONTÊM GLÚTEN"

* Porção diária recomendada (27,5g 2 x ao dia)
** porção de 31,5 g + 180 ml de leite desnatado

Referências: 1. Abbatecola AM, Antonelli-Incalzi R. Covid-19 Spiraling of frailty in older Italian patients. J Nutr Health Aging. 2020;24(5):453-455. 2. Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31. 3. Gao J, et al. Association of fruit and vegetable intake and frailty among Chinese elders: a cross-sectional study in tree cities. J Nutr Health Aging. 2019;23(9):890-895. 4. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2019;393(10184):1958-1972. 5. Coelho-Júnior HJ, et al. Low Protein Intake Is Associated with Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Nutrients. 2018;10(9):1334. 6. Dent E, Morley JE, et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. J Nutr Health Aging. 2019;23(9):771-787. 7. Fried LP, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2001;56A(3):M146-M156. 8. Tribess S, Oliveira RJ. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. Rev salud pública. 2011;13(5):853-864. 9. Cederholm T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9. 10. Andrade JM, et al. Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. Rev. Saúde Pública. 2018;52(Suppl 2):17s. 11. Lourenço RA, et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. Geriatr Gerontol Aging. 2018;12(2):121-135. 12. Ferrucci L, Fabbri E. Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. Nat Rev Cardiol. 2018;15(9):505-522. 13. Najas MS, et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos sócio econômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. Ver Saúde Pública. 1994;28(3):187-191. 14. Najas MS, Maeda AP, Nebuloni CC. Nutrição em Gerontologia. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Freitas EV, et al. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. cap 126. 15. Gaillard C, et al. Energy requirements in frail elderly people: A review of the literature. Clinical Nutrition. 2007;26(1):16-2



Loja virtual da Nestlé:
www.nutricaoatevoce.com.br

NHS000263



Para mais informações, acesse: www.avantenestle.com.br
Serviço de atendimento ao profissional de saúde 0800-7702461

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.