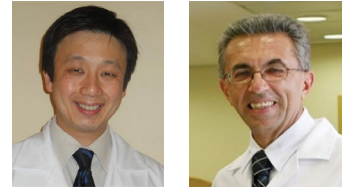


COMENTÁRIO EDITORIAL



Intervenções no manejo da fragilidade em idosos com doença cardiovascular: do diagnóstico ao tratamento

Marcelo Eide Ochiai¹, Wilson Jacob Filho²

INTRODUÇÃO

Como consequência do envelhecimento populacional nos países desenvolvidos, ocorreu um nítido aumento da incidência e prevalência das doenças cardiovasculares. Nos idosos, detecta-se uma maior vulnerabilidade a fatores estressantes, decorrente da redução da reserva funcional, que contribui para a Síndrome da Fragilidade, resultando na associação bidirecional entre doença cardiovascular e fragilidade. Nesse texto iremos resumir e comentar a revisão de Ijaz e colaboradores.¹

RESUMO DOS PRINCIPAIS ASPECTOS DO ARTIGO

A prevalência da fragilidade é maior entre os pacientes com doenças cardiovasculares, principalmente a doença coronariana, a insuficiência cardíaca e as valvopatias, que implementam a fragilidade através dos sintomas limitantes, imobilidade, hospitalização, desregulação hormonal e metabólica, inflamação crônica, obesidade central e resistência à insulina, além dos seus impactantes efeitos psíquicos e sociais. Por sua vez a fragilidade piora a evolução dos pacientes com doenças cardiovasculares, dificultando a reabilitação, a adesão ao tratamento medicamentoso e nutricional, o processo de cicatrização e regeneração. Há, portanto, uma associação bidirecional negativa, onde a doença cardiovascular intensifica a síndrome da fragilidade e esta, agrava a evolução da doença cardiovascular.

Não há consenso sobre quais instrumentos melhor avaliam a fragilidade, classificados dentre os que quantificam o fenótipo da fragilidade (Fried, SOF, FIFA, e outros), o acúmulo de déficits (CFS, índice de Schoenberger e outros), as pré-incapacidades (escala de Katz, escala de Barthel, velocidade de marcha, força de pressão palmar e outros) e variáveis mistas (EFT, SARC-F, Comprehensive Geriatric Assessment e outros).

Devido a esse enorme número de instrumentos de avaliação cresce a necessidade de uma definição universal, decorrente de um “consórcio de pesquisa acadêmica em fragilidade”.

Existem desafios adicionais para usar os instrumentos diagnósticos de fragilidade em pacientes hospitalizados por evento cardiovascular agudo. Os testes de velocidade de marcha e de levantar e sentar 5 vezes são impraticáveis nesse contexto de internação. O uso de questionários pode contornar esse desafio, como CFS e escala FRAIL, que podem ser realizados rapidamente. Entretanto a ocorrência de delirium, estados demenciais e limitações motoras podem interferir nessa avaliação, visto que esses instrumentos foram desenvolvidos para pacientes ambulatoriais estáveis.

Em um estudo com 54 meses de seguimento, mais da metade dos pacientes tiveram sua classificação de fragilidade alterada no período², mostrando que essa é uma condição dinâmica, o que nos estimula a buscar intervenções que permitam a regressão dessa situação.

Devido à fragilidade ser uma condição multifatorial, as intervenções devem ser, predominantemente, combinadas:

¹ Médico Assistente da Unidade de CardioGeriatría do InCor.

² Professor Titular de Geriatria da FMUSP.

- Reabilitação cardiovascular incluindo exercícios resistivos melhoraram os desfechos físicos nos idosos frágeis aguardando cirurgia cardíaca.
- Idosos internados por insuficiência cardíaca descompensada, melhoraram não só fisicamente, mas também da qualidade de vida e depressão após intervenção física.
- Suplementação dietética e exercícios resistivos melhoram a massa muscular porém sem mudanças nos testes de desempenho funcional.
- Suplementação proteica isoladamente melhorou a massa muscular sem alterar a força da preensão palmar.
- Reposição de testosterona melhora a massa muscular enquanto a suplementação de testosterona, ou seja, para homens com níveis normais, não resulta em melhora alguma.
- Permanece controverso o uso de ômega 3, ginkgo biloba, fosfatidilserina, alfa-tocoferol, ácido fólico e vitamina B12.

Como a polifarmácia relaciona-se diretamente com a fragilidade, deve-se ter cuidado em prescrever somente os medicamentos que, comprovadamente, não possam agravá-la.

IMPLICAÇÕES PARA OS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA

Entre eles, o Brasil apresenta regiões com desenvolvimento socioeconômico comparável aos dos países desenvolvidos, com envelhecimento populacional semelhante a essas regiões, mas com problemas de saúde pública complicadores desse processo.

Recentemente, entre nós, foi desenvolvida a Avaliação Geriátrica Compacta (10-TAGA), que é utilizada rotineiramente em nosso serviço³. Adicionalmente, temos também estudado aspectos cognitivos⁴,

nutricionais⁵ e de depressão⁶ nos pacientes com doença cardiovascular.

Tanto as doenças cardiovasculares como a fragilidade levam, simultaneamente, à maior morbimortalidade, tempo de internação, complexidade dos tratamentos, incluindo cirurgias e exames complementares, o que pode exaurir os recursos da saúde pública.

Adicionalmente as intervenções para redução da fragilidade são multidisciplinares, com intervenções frequentes, trabalhosas e onerosas. Por isso, há necessidade de sensibilizar os gestores tanto da saúde pública quanto privada para a inclusão dessas intervenções no atendimento visando o envelhecimento saudável.

A figura central desta revisão mostra a pluralidade das possíveis intervenções na fragilidade (física, farmacológica, cognitiva, nutricional e psicossocial) nos diferentes estágios da sua prevenção (primária, secundária e terciária).

As informações contidas nessa publicação são fundamentais a este propósito, sensibilizando os profissionais de saúde no enfrentamento desse desafio. Não por outro motivo é a revisão atualíssima do JACC voltado para o presente e futuro desta questão.

Para tanto, a existência de unidades de atendimento dos idosos frágeis com doença cardiovascular tem o poder de disseminar estes conceitos e criar diretrizes para o diagnóstico e intervenções para instituições e profissionais que lidam com esta condição.

CONCLUSÕES

A fragilidade em idosos com doença cardiovascular tornou-se um tema atual devido ao impacto na evolução desses pacientes. A busca de uma padronização da avaliação de fragilidade bem como intervenções que a reduzam deve ser o foco central da CardioGeriatría.

REFERÊNCIAS

1. Ijaz N, Buta B, Xue QL, et al. Interventions for Frailty Among Older Adults With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* 2022; 79: 482-503. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.11.029.
2. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, et al. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med* 2006; 166: 418-423. DOI: 10.1001/archinte.166.4.418.
3. Aliberti MJR, Apolinario D, Suemoto CK, et al. Targeted Geriatric Assessment for Fast-Paced Healthcare Settings: Development, Validity, and Reliability. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66: 748-754. 2018/02/23. DOI: 10.1111/jgs.15303.
4. Ochiai ME, Franco LL, Gebara OC, et al. [Correlation between evolution of the cognitive function and mortality after hospital discharge in elderly patients with advanced heart failure]. *Arq Bras Cardiol* 2004; 82: 251-254. 20040405. DOI: 10.1590/s0066-782x2004000300005.
5. Yamauti AK, Ochiai ME, Bifulco PS, et al. Subjective global assessment of nutritional status in cardiac patients. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 772-777.
6. Aguiar VB, Ochiai ME, Cardoso JN, et al. Relationship between depression, BNP levels and ventricular impairment in heart failure. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95: 732-737. 20100917. DOI: 10.1590/s0066-782x2010005000125.