justNews
a partilhar informação desde 1981

9 de dezembro de 2020

http://justnews.pt/noticias/des-nutricao-no-idoso-desde-que-possivel-o-doente-deve-ser-envolvido-no-seu-plano-de-cuidados

«(Des) Nutrição no idoso: a avaliação deve ser realizada de forma precoce e rigorosa»

Ricardo Fernandes
Internista, Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHVNG/E. Membro do Secretariado do NEGERMI

Antes de falarmos de Desnutrição, convém falarmos de Nutrição! Mas ainda antes de chegarmos a esse ponto essencial da avaliação integrada do idoso, vamos percorrer um caminho que se considera relevante para a contextualização deste tema.

Assim sendo, e sem mais demoras, entenda-se por Nutrição uma parte da ciência que se destina ao estudo de todos os processos através dos quais os organismos recebem, metabolizam e eliminam os nutrientes que lhes são fornecidos. Mas a verdade é que esta é uma definição baseada num prisma meramente fisiológico (dimensão esta que não pode ser esquecida). É muito mais ampla e complexa.

Envolve, assim, aspetos referentes à escolha e processamento dos alimentos integrados num contexto bem definido, numa história de vida e numa trajetória variável entre saúde e doença. São incluídos também nesta definição aspetos sociais, económicos, culturais, religiosos/espirituais e psicológicos.

O envelhecimento saudável e ativo deve ser promovido tanto quanto possível e, para isso, a avaliação do idoso deve ser feita abraçando-o como um todo, com recurso à avaliação geriátrica global.

Devem ser considerados: avaliação dos hábitos/estilos de vida, imunizações, programas de rastreios de neoplasias (ex: mama, próstata, cólon, colo do útero), screening cardiometabólico (ex: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade), avaliação funcional e psicossocial, avaliação de défices sensoriais (hipovisão e hipoacusia), prevenção de imobilidade e de quedas, avaliação da incontinência (urinária e fecal) e nutrição.

Não esquecer que com o envelhecimento, ainda que saudável, existem sempre alterações na reserva dos órgãos e na manutenção da homeostasia. Um número bastante significativo das admissões aos serviços de Urgência e aos internamentos hospitalares ocorre em indivíduos idosos, por agudização das suas insuficiências de órgão, por eventos cardiovasculares ou por intercorrências infeciosas (maioritariamente respiratórias e/ou urinárias).

O número de reinternamentos também aumenta à medida que os indivíduos vão envelhecendo e o regresso aos domicílios torna-se mais complicado pela fragilidade crescente e aumento da dependência, pelo aumento da complexidade da prestação de cuidados (inclusive, com recurso a dispositivos para alimentação), aumento do número e da gravidade de úlceras de pressão, aparecimento ou agravamento de síndromes confusionais, aumento do número de reações adversas a fármacos e infeções associadas ao ambiente hospitalar.

Ricardo Fernandes

De acordo com algumas séries, está descrita desnutrição nos idosos hospitalizados entre 15 a 71%. Está associada ao aumento da mortalidade. Classicamente (Consenso da Sociedade Americana de Nutrição Entérica e Parentérica, 2012), era definida como a presença de duas ou mais características: ingestão energética insuficiente, perda de peso, perda de massa muscular, perda de tecido celular subcutâneo, acumulação de líquido de forma localizada ou generalizada e diminuição dostatus funcional (com redução da força de preensão manual).

Desde 2018, de acordo com a GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition), envolve uma característica fenotípica (perda de peso não intencional, baixo índice de massa corporal, redução da massa muscular) e uma etiológica (diminuição da ingestão alimentar ou absorção, inflamação ativa decorrente de uma doença aguda ou crónica).

Podem ser fatores passíveis de serem identificados e potencialmente atenuados/corrigidos no que diz respeito à desnutrição – alteração da cognição ou delirium, síndrome constitucional (com um componente importante de anorexia), náuseas e vómitos, obstipação, restrição de movimentos, incapacidade de se alimentar/hidratar, por inaptidão para o acesso e por alterações da deglutição, alteração do cheiro e do paladar, ausência de próteses dentárias ou a próteses oculares/auditivas.

Acresce, ainda, estabilização das patologias de que o doente é portador (sejam elas não oncológicas ou oncológicas). As necessidades nutricionais devem ser sempre ajustadas ao nível de atividade do indivíduo, gastos de energia previsíveis, necessidades calóricas, capacidade de acesso, preparação, ingestão e digestão para além das preferências pessoais.

Apesar desta avaliação ser classicamente adstrita aos serviços e equipas de Nutrição, não é demais relembrar que, na abordagem multissistémica e multidimensional do indivíduo idoso, a avaliação nutricional deve ser realizada pelos elementos da equipa multidisciplinar (com particular ênfase nas equipas médicas e de enfermagem).

É muitas vezes esquecida não só por toda uma parafernália de tarefas inseridas no que se trata da atividade de Enfermaria, mas porque a maior parte destes profissionais não possui dentro do seu currículo, explícito ou escondido, formação nesta área.

Mas o paradigma encontra-se em mudança. Algumas sociedades científicas já têm núcleos de estudos ou grupos dedicados, com formações estruturadas e documentos orientadores. A criação de checklists (preenchidas de forma periódica), avaliação regular do peso e recurso a ferramentas como Malnutritional Screening Tool (MST) ou Mini Nutritional Assessement (MNA) podem ser alternativas para que esta questão não seja tão descurada.

Não obstante, os indivíduos obesos devem, também, ser avaliados de forma rigorosa e as medidas de reeducação alimentar tornam-se essenciais, mesmo em regime de internamento.

Desde que possível, o doente deve ser envolvido no seu plano de cuidados, sendo negociado com ele e com a família ou cuidadores qual será a melhor estratégia no que diz respeito à sua nutrição. Pede-se que a equipa seja atenta aos detalhes, clara na exposição, pró-ativa. Em termos de intervenção, esta pode envolver ajustes de dietas já previamente definidas ou prescrição de novas dietas, recurso a suplementos alimentares ou vitamínicos, controlo sintomático e estimulantes do apetite (por exemplo, acetato de megesterol, mirtazapina, corticosteroides).

Nos últimos dois aspetos, a ativação das Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) pode ser uma mais-valia, não só pela mestria na minimização do impacto negativo (e aqui entenda-se sofrimento) de alguns sintomas na pessoa doente, como na gestão experiente destes fármacos (com avaliação atenta de efeitos adversos), assim como pelo suporte e acompanhamento, para a definição dos objetivos (reais, tangíveis) e, ainda, para a adequação de cuidados.

Em jeito de conclusão, a avaliação nutricional deve ser realizada de forma precoce e rigorosa, independentemente do espaço físico onde o idoso está. É da responsabilidade de todos os elementos da equipa multidisciplinar, permitindo a maximização da prestação de cuidados/tratamentos; promoção do conforto, bem-estar, dignidade e autonomia e, ainda, a redução do impacto negativo desta condição no estado de saúde do idoso.

Este e a sua família/cuidadores, desde que possível e que haja bondade, devem estar no centro do processo de tomada de decisão. A formação na área da Nutrição para todos os profissionais de saúde começa a ser uma preocupação emergente por parte de algumas instituições de ensino superior e hospitalares e ainda de algumas sociedades científicas.

Artigo publicado na edição de outubro do Jornal Médico dos cuidados de saúde primários, no âmbito de um Especial dedicado à 4.ª Reunião do Grupo de Estudos de Geriatria.
Jornal distribuído em todas as unidades de cuidados primários do SNS.
Porque as boas práticas merecem uma ampla partilha entre profissionais!