

Risco nutricional e de disfagia em idosos hospitalizados com idade avançada

Nutritional and dysphagia risk in advanced age hospitalized older adults

Riesgo nutricional y de disfagia en ancianos hospitalizados con edad avanzada

Leandro Pernambuco*, Daniela Xavier de Souza*
Letícia de Carvalho Palhano Travassos*

Popman A, Richter M, Allen J, Wham C. High nutrition risk is associated with higher risk of dysphagia in advanced age adults newly admitted to hospital. *Nutr Diet*. 2018 Feb; 75(1): 52-58.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹, a desnutrição é caracterizada pela ingestão insuficiente de energia e nutrientes como resultado de uma complexa interação entre alimentação, condições econômicas, estado de saúde e condições sociais. Nos idosos, a desnutrição é responsável por múltiplas complicações, pois conduz ao aumento no tempo de internação, taxa de readmissão, mortalidade e custo de hospitalização^{2,3}.

Um dos principais fatores que influenciam o estado nutricional do paciente internado é a disfagia, um sintoma de características complexas que pode ser intensificado pelos efeitos fisiológicos do envelhecimento e surge a partir de agravos e patologias neurológicas ou mecânicas⁴. A dificuldade para deglutir é vista como uma condição que resulta em interrupção do prazer de se alimentar ou em manter hidratação e nutrição adequadas, podendo provocar

limitações funcionais e sequelas importantes no estado geral de saúde^{4,5}. Portanto, a disfagia pode levar à redução ou restrição da ingestão alimentar e assim expor o idoso ao quadro de desnutrição^{4,6}.

Os autores do estudo “*High nutrition risk is associated with higher risk of dysphagia in advanced age adults newly admitted to hospital*” pertencem à Universidade de Massey e à Universidade de Auckland, ambas na Nova Zelândia. O objetivo traçado por eles foi estabelecer a prevalência de risco nutricional e fatores de risco associados em idosos com idade avançada recém-admitidos no hospital.

O estudo em questão é do tipo transversal e foi realizado com 88 indivíduos com idade maior ou igual a 85 anos, até o quinto dia de internação hospitalar. Os participantes foram submetidos à avaliação cognitiva e os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevista presen-

*Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil

cial, utilizando questionários administrados pelo entrevistador a respeito das características sócio demográficas e de saúde. Além disso, foram coletados marcadores da composição corporal e força muscular através da força de preensão palmar mensurada com dinamômetro e avaliados o risco nutricional e o risco de disfagia.

A avaliação do risco nutricional foi realizada por meio da *Mini Nutritional Assessment-Short Form* (MNA-SF), uma ferramenta de triagem validada e projetada para identificar o risco nutricional na população idosa, resultante da combinação de seis itens da MNA completa. Os itens investigam diminuição da ingestão alimentar, perda de peso, mobilidade, estresse psicológico ou doença aguda, problemas neuropsicológicos e, a partir das medidas de estatura e peso, o Índice de Massa Corporal (IMC). Em relação ao IMC, além da classificação proposta no próprio MNA-SF, os autores do artigo consideraram o ponto de corte mais conservador de $<23 \text{ kg/m}^2$ como indicador específico de baixo peso para idosos. O resultado final da MNA-SF permite a classificação dos indivíduos em três categorias: estado nutricional normal, risco de desnutrição e desnutrido. Além disso, possibilita utilizar a medida da circunferência da panturrilha quando o IMC não pode ser calculado^{7,8}.

Para identificar o risco de disfagia, os pesquisadores utilizaram o *Eating Assessment Tool* (EAT-10), um instrumento de autoavaliação composto por 10 itens e cinco possibilidades de resposta por item, que permite monitorar a percepção do indivíduo em relação à gravidade dos sintomas de disfagia, o impacto dessa condição na qualidade de vida e a eficácia do tratamento. Neste instrumento, propõe-se que um escore maior ou igual a três indica anormalidade para deglutir⁹.

A escala cognitiva de Montreal (MoCA) consiste em uma breve ferramenta de triagem que permite verificar comprometimentos cognitivos¹⁰. No estudo em questão, a MoCa foi aplicada no momento da alta hospitalar o que, segundo os autores, evitaria pontuações falsamente reduzidas por *delirium* ou estresse induzidos pela admissão no hospital.

Os procedimentos estatísticos contemplaram a análise descritiva dos dados e testes de associação (qui-quadrado de Pearson), correlação (teste de correlação de Pearson) e diferença de médias (ANOVA *one-way* com pós teste de Tukey) para análise bivariada.

Mais da metade da amostra (55,7%) tinha idade maior ou igual a noventa anos, sendo a maioria do sexo feminino (64,8%). A média da força de preensão palmar foi de $13,1 \pm 6,6 \text{ kg}$, abaixo do ponto de corte adotado para ambos os sexos. Em relação ao resultado da MNA-SF, 43,2% apresentaram risco de desnutrição, 28,4% estavam desnutridos e a média do IMC foi igual a $22,8 \pm 4,2 \text{ kg/m}^2$. Quase um terço dos participantes (29,5%) foram classificados com risco de disfagia a partir do escore do EAT-10. A avaliação cognitiva não foi concluída por um terço dos participantes e a maioria deles (93,4%) demonstrou desempenho inferior ao normal.

A análise de diferença de médias revelou os seguintes resultados: as médias do IMC de idosos classificados como desnutridos e em risco de desnutrição foram menores em relação àqueles com estado nutricional normal; a média de força de preensão palmar foi significativamente menor apenas no grupo com risco de desnutrição quando comparado aos que não tinham alteração do estado nutricional; o risco de disfagia de acordo com o EAT-10 foi maior nos participantes que estavam desnutridos em relação aos classificados com estado nutricional normal. Nas análises de correlação verificou-se que o escore do MNA-SF apresentou correlação inversa com o escore do EAT-10 ($r = -0.383$, $p < 0.001$) e correlações positivas com o IMC ($r = 0.484$, $p < 0.001$) e força de preensão palmar ($r = 0.250$, $p = 0.026$).

Inicialmente, é importante ressaltar que, no estudo em questão, os autores optaram pela alternativa de ressaltar a “associação” entre risco nutricional e risco para disfagia, resultado que eles aparentemente consideraram mais robusto. Esse estilo de título instiga a curiosidade do leitor e geralmente apresenta o principal achado do estudo, vinculado diretamente ao objetivo principal. Entretanto, já na introdução do artigo, é possível perceber que o objetivo do estudo era mais amplo e que a especificidade do título contemplava apenas um dos resultados encontrados. Nesse sentido, a expectativa criada pelo título em relação à temática não corresponde à abordagem apresentada, o que pode ser exemplificado pelo fato da relação entre risco nutricional e risco de disfagia ser explorada em apenas um parágrafo na discussão do artigo, ou seja, pouco aprofundada pelos autores.

Quanto aos procedimentos metodológicos, destaca-se inicialmente a avaliação do estado cognitivo. Esta avaliação não foi realizada no

mesmo momento das outras, a maioria dos idosos apresentou escores abaixo do normal e um terço dos idosos não completaram esta avaliação. Portanto, é questionável se os participantes eram, de fato, capazes de responder instrumentos de autoavaliação como os que foram utilizados no estudo. Além disso, o estado cognitivo do idoso próximo à alta não reflete necessariamente a situação dele no momento da admissão hospitalar, quando os outros instrumentos foram aplicados. Deste modo, acredita-se que a avaliação cognitiva poderia ter sido realizada no momento da admissão e aqueles que não tivessem condições de serem submetidos aos demais procedimentos seriam excluídos. Além disso, seriam minimizadas as chances de perda deste dado, como aconteceu no estudo.

Outro viés metodológico refere-se ao uso do EAT-10 no estudo. Na descrição dos métodos, os autores referem ter utilizado o EAT-10 como estratégia de avaliação da qualidade de vida relacionada à disfagia e, posteriormente, citam-no como ferramenta de triagem do risco de disfagia, não retomando em nenhum momento qualquer discussão sobre qualidade de vida. Tal fato ilustra como existe inconsistência na aplicabilidade do EAT-10 e diferentes interpretações presentes na literatura em relação à sua finalidade. Deve-se salientar que o EAT-10 não foi descrito originalmente como uma ferramenta de triagem e que apesar de possuir um ponto de corte proposto para diferenciar indivíduos com ou sem alteração de deglutição, contem itens que só podem ser respondidos por quem já reconhece ter dificuldade para deglutir, o que o inviabiliza, por definição, a ser utilizado como um instrumento de rastreio¹¹. Além disso, análises psicométricas mais contemporâneas já revelaram diversas fragilidades na estrutura do EAT-10, recomendando, inclusive, a sua reelaboração sob a luz da Teoria de Resposta ao Item (TRI)¹².

Com relação aos resultados, as tabelas foram claras e autoexplicativas, porém, vários dados já expostos nas mesmas foram reproduzidos no texto sem necessidade, o que deixou a apresentação dos resultados redundante e, em alguns momentos, sem a esperada interpretação dos achados. Além disso, no método, mencionam-se que foi aplicado o pós-teste de Tukey para ANOVA, enquanto nos resultados uma das tabelas indica a utilização do pós-teste de Bonferroni. Ainda sobre os resultados, vale destacar que, apesar da significância, as correlações encontradas foram fracas ou moderadas.

Os autores apenas comentaram sobre o sentido das correlações, mas não fizeram qualquer menção à reduzida força das mesmas, algo relevante do ponto de vista prático.

Apesar das limitações apresentadas, o estudo é relevante por demonstrar a importância da realização de triagens direcionadas ao risco nutricional e de disfagia já na admissão hospitalar, considerando que esta estratégia possibilita a identificação e intervenção precoce sobre esses agravos, o que reduz complicações, tempo e custos com a hospitalização. Contudo, deve-se verificar se os instrumentos utilizados são adequados para essa finalidade.

Ademais, a configuração demográfica e epidemiológica da população mundial vem sendo modificada em virtude do crescimento no número de pessoas idosas, especialmente aquelas com idade mais avançada, o que corrobora a necessidade de estudos como este, voltado para idosos mais velhos, um grupo etário em ascensão, mas cujas características de saúde ainda são pouco compreendidas.

Referências

1. Blössner M, de Onis M. Malnutrition: quantifying the health impact at national and local levels. World Health Organization Environmental Burden of Disease Series, n. 12, 2005. [Cited 2018 May 05]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43120/9241591870.pdf?sequence=1>
2. Izaías EM, Dellaroza MSG, Rossaneis MA, Belei RA. Cost and characterization of hospital infection among the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(8): 3395-3402.
3. Fidelix MSP, Santana AFF, Gomes JR. Prevalência de desnutrição hospitalar em idosos. *Rasbran*. 2013; 5(1): 60-8.
4. Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Praat M et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr* 2015; 34: 436e442.
5. Gaspar MRF, Pinto GS, Gomes RHS, Santos RS, Leono VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *Rev CEFAC*. 2015; 6(17): 1939-45.
6. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(7): 576-82.
7. Keiser MJ et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13(9): 782-8.
8. Winter J, Flanagan D, Mcnaughton A, Nowsoun C. Nutrition Screening of older people in a community general practice, using the MNA-SF. *J Nutr Health Aging*. 2013; 17(4): 322-5.
9. Belafsky PC, Mouadeb RA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GC, Allen J. et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otolaryngol Rhinol Laryngol*. 2008; 117(12): 919-24.



10. Kopecek M, Bezdicek O, Sulc Z, Lukavsky J, Stepankova H. Montreal cognitive assessment and mini-mental state examination reliable change indices in healthy older adults. *Geriatr Psychiatry*. 2017; 32: 868-75.

11. Pernambuco LA, Magalhães Junior, HV. Abordagem epidemiológica em disfagia orofaríngea. *Distúrbios Comun*. 2015; 27(4): 874-7.

12. Cordier R, Joosten A, Clavé P, Schindler A, Bülow M, Demir N et al. Evaluating the Psychometric Properties of the Eating Assessment Tool (EAT-10) Using Rasch Analysis. *Dysphagia*. 2016; 32(2): 250-60.