

Avaliação geriátrica em pacientes idosos em hemodiálise

Geriatric assessment in elderly hemodialysis patients

Autor

Ertugrul Erken¹ 

¹ Kahramanmaraş Sutcu Imam
Universitesi - Nephrology
Avşar Mah. Batı Çevreyolu Blv.
Onikişubat Kahramanmaraş 46100
Turkey.

O prolongamento da expectativa de vida da população mundial levou ao aumento do número de pacientes idosos que iniciam hemodiálise (HD). Portanto, os nefrologistas devem aprofundar seus conhecimentos a respeito de algumas questões relativas ao avanço da idade, tais como comprometimento cognitivo, fragilidade, demência, depressão, lesões por queda, desnutrição e polifarmácia, todas presentes nas chamadas síndromes geriátricas.¹ Embora muito prevalentes entre pacientes idosos em HD, os comprometimentos geriátricos de forma geral são desconsiderados ou ignorados. A avaliação geriátrica detalhada é o único meio de diagnosticar problemas geriátricos.

A disfunção cognitiva e a fragilidade são duas das questões mais relevantes para a população geriátrica, uma vez que estão associadas à elevação das taxas de comorbidades e mortalidade.² O presente editorial ressalta a importância da avaliação dos pacientes idosos em HD para deficiências geriátricas, particularmente a disfunção cognitiva e a fragilidade, tendo em vista um artigo publicado recentemente sobre o tema.³

No estudo de Viana et al., pacientes com doença renal crônica (DRC) que iniciaram HD de manutenção em idade avançada, foram avaliados em termos de função cognitiva, humor e qualidade de vida. Os pesquisadores agruparam os pacientes em HD entre idosos (idade 65-80 anos) ou muito idosos (idade > 80 anos). Segundo o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o teste de fluência verbal (TFV), o comprometimento cognitivo foi mais frequente em pacientes

muito idosos. O teste de desenho do relógio (TDR) para funções cognitivas executivas não apresentou diferenças entre os grupos. Os autores também aplicaram a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e o teste Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) para avaliar humor e qualidade geral de vida, identificando piores escores para o grupo muito idoso apenas no quesito capacidade funcional.³ De forma geral, os resultados indicaram maior prevalência de comprometimento cognitivo e diminuição da qualidade de vida nos pacientes muito idosos com DRC avançada.

Viana et al. identificaram comprometimento cognitivo em 31,8% dos pacientes idosos em HD por meio do MEEM. Somando-se o TFV e o TDR, a prevalência de qualquer déficit cognitivo atingiu 71,6% no grupo de idosos e 93,6% no grupo de muito idosos.³ Com efeito, o uso do MEEM pode levar à subestimação do comprometimento cognitivo em pacientes em HD que apresentam déficits predominantemente cognitivos nos domínios executivos, de atenção e memória. Portanto, devemos combinar o MEEM com outros testes cognitivos como fizeram Viana et al., ou escolher um único teste cognitivo prático que seja mais adequado para pacientes com DRC avançada, como a Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA).^{4,5} Afinal, testar as funções cognitivas de pacientes idosos em HD exige a seleção de uma ferramenta que inclua a avaliação das funções executivas. O teste cognitivo deve ser realizado antes da sessão de rotina de HD e um ponto de corte adequado deve ser determinado levando em conta

Data de submissão: 12/05/2019.

Data de aprovação: 15/05/2019.

Correspondência para:

Ertugrul Erken.

E-mail: ertugrulerken@hotmail.com

DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2019-0098



a idade e a escolaridade do paciente.⁴ A detecção de depressão por um teste prático como o EDG-15 pode servir para eliminar resultados falsos positivos obtidos durante o exame cognitivo dos pacientes.

Pacientes idosos em HD consistem em uma população especial que frequentemente sofre de complicações relacionadas a comorbidades, principalmente doença vascular. A avaliação geriátrica dessa população deve partir das avaliações de disfunção cognitiva, fragilidade e carga de comorbidades. Fragilidade é definida como declínio da função física e suscetibilidade a complicações relacionadas à doença em populações geriátricas, e é mais prevalente entre pacientes em HD. Nos pacientes em HD, a fragilidade está associada a aumento da incidência de hospitalização, doenças vasculares e mortalidade. Além disso, a fragilidade é um fator de risco para comprometimento cognitivo e lesões por quedas em pacientes idosos em HD.^{2,6} O índice de fragilidade (IF) permite a identificação de pacientes pré-frágeis e frágeis que apresentam queda de atividade física e reserva fisiológica em relação às suas comorbidades. O IF é uma escala numérica utilizada na avaliação da gravidade da fragilidade.⁶ A carga de comorbidades pode ser avaliada com ferramentas como a Escala de Avaliação de Doença Cumulativa (CIRS) ou o Índice de Comorbidade de Charlson (ICC).^{4,7} É recomendável reavaliar todos os pacientes em HD para que sejam implantadas medidas preventivas e estratégias multidisciplinares de tratamento quando for detectada fragilidade ou sobrecarga grave de comorbidades.

Os questionários de qualidade de vida fornecem informações valiosas sobre o estado geral de saúde e as queixas relacionadas à vida diária, mas as equipes clínicas geralmente não dispõem de tempo suficiente para incluir tais ferramentas em sua rotina. Há métodos viáveis para avaliar a qualidade de vida e as atividades da vida diária, tais como o SF-36 e a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton.^{3,7}

A população de pacientes idosos com DRC avançada está em crescimento. Além disso, a própria DRC é considerada um estado do envelhecimento acelerado

associado à aterosclerose, inflamação, comprometimento cognitivo, déficit físico, anomalias metabólicas e deficiência de Klotho. O estudo de Viana et al. vem novamente nos lembrar da importância dos comprometimentos geriátricos na população em HD. Se não nós, quem prestará atenção a este problema até agora ignorado? As síndromes geriátricas, especialmente o comprometimento cognitivo e a fragilidade, são deficiências que tornam os pacientes em HD dependentes de outras pessoas para exercer as atividades da vida diária.

A realização de avaliações geriátricas precisas em pacientes idosos em HD exige a seleção e/ou personalização de algumas ferramentas de teste. Os pacientes em HD são suscetíveis a sarcopenia, inflamação crônica, doença cerebrovascular oculta e anemia, o que os diferencia da população geral. A avaliação geriátrica dos pacientes idosos em HD deve enfatizar avaliações de comprometimento cognitivo, fragilidade e carga de comorbidades.

REFERÊNCIAS

1. Bell SP, Vasilevskis EE, Saraf AA, Jacobsen JM, Kripalani S, Mixon AS, et al. Geriatric Syndromes in Hospitalized Older Adults Discharged to Skilled Nursing Facilities. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:715-22. DOI: 10.1111/jgs.14035
2. Shen Z, Ruan Q, Yu Z, Sun Z. Chronic kidney disease-related physical frailty and cognitive impairment: a systemic review. *Geriatr Gerontol Int* 2017;17:529-44. DOI: 10.1111/ggi.12758
3. Viana FS, Boechat YEM, Lugon JR, Matos JPS. Differences in quality of life and cognition between the elderly and the very elderly hemodialysis patients. *J Bras Nefrol* 2019 Mar 18. pii:S0101-28002019005012101. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-0167 [Epub ahead of print]
4. Erken E, Altunoren O, Senel ME, Tuncel D, Yilmaz T, Gani-dagli SE, et al. Impaired cognition in hemodialysis patients: The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and important clues for testing. *Clin Nephrol* 2019;91:275-83. DOI: 10.5414/CN109506
5. Angermann S, Baumann M, Steubl D, Lorenz G, Hauser C, Sutt-mann Y, et al. Cognitive impairment in hemodialysis patients: Implementation of cut-off values for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA)-test for feasible screening. *PLoS One* 2017;12:e0184589.
6. Alfaadhel TA, Soroka SD, Kiberd BA, Landry D, Moorhouse P, Tennankore KK. Frailty and mortality in dialysis: evaluation of a clinical frailty scale. *Clin J Am Soc Nephrol* 2015;10:832-40. DOI: 10.2215/CJN.07760814
7. Goto NA, van Loon IN, Morpey MI, Verhaar MC, Willems HC, Emmelot-Vonk MH, et al. Geriatric Assessment in Elderly Patients with End-Stage Kidney Disease. *Nephron* 2019;141:41-8. DOI: 10.1159/000494222