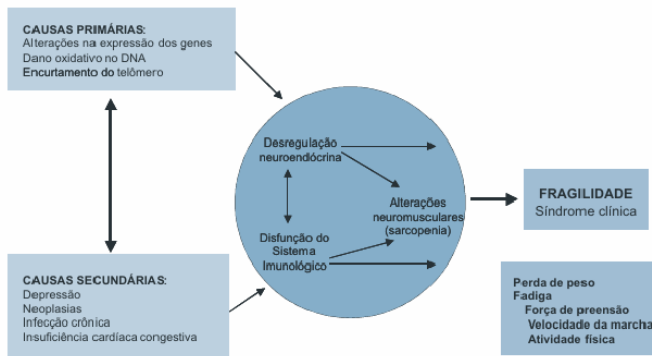


1- SÍNDROME DE FRAGILIDADE DO IDOSO



A síndrome de fragilidade do idoso é uma condição clínica caracterizada por uma diminuição da reserva funcional e da resistência a estressores, resultante do declínio acumulado em múltiplos sistemas fisiológicos, tornando o indivíduo mais vulnerável a eventos adversos como quedas, hospitalizações e morte. Existem dois principais eixos de conceituação:

Modelo de Linda Fried: Baseia-se em cinco critérios fenotípicos para diagnosticar a fragilidade:

- **Perda de peso não intencional:** Perda de mais de 4,5 kg ou 5% do peso corporal em um ano.
- **Exaustão:** Sentimento de cansaço extremo e falta de energia.
- **Fraqueza muscular:** Avaliada pelo teste de preensão manual, onde a força de aperto é menor que a média para a idade e sexo.
- **Lentidão ao caminhar:** Avaliada pela velocidade de caminhada, onde o tempo para percorrer uma certa distância é maior do que o esperado.
- **Baixa atividade física:** Envolvimento em níveis muito baixos de atividade física diária.

Escala de Fragilidade de Edmonton (EFI): Desenvolvida no Canadá, é uma ferramenta mais abrangente que avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, apoio social, polifarmácia, nutrição, humor, continência, e desempenho funcional.

2- PARÂMETROS PARA DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE FRAGILIDADE DA PESSOA IDOSA

No contexto do caso clínico, os parâmetros que podem ser utilizados para diagnosticar a síndrome de fragilidade incluem:

- **Perda de peso não intencional:** Relatos de perda de peso significativa sem tentativa ativa de perda.
- **Fraqueza muscular:** Dificuldade em realizar atividades que exigem força, como levantar objetos.
- **Exaustão:** Relatos de fadiga constante e falta de energia.
- **Lentidão ao caminhar:** Dificuldade ou demora em caminhar distâncias curtas, como dentro de casa.
- **Baixa atividade física:** Relutância ou incapacidade de participar de atividades físicas regulares ou exercícios.

3- IDOSA CAIDORA

Uma idosa classificada como "caidora" é aquela que sofreu quedas repetidas. Isso é comum em indivíduos frágeis devido a uma combinação de fatores como perda de massa muscular (sarcopenia), desequilíbrio postural, deterioração da função cognitiva e presença de condições crônicas como osteoporose. A prevenção de quedas em idosos frágeis é fundamental para reduzir o risco de fraturas e outras complicações.

Esse termo é utilizado no contexto geriátrico para descrever pacientes idosos que têm um histórico de quedas, que podem ser um indicador de fragilidade e outros problemas subjacentes, como:

AS QUEDAS SERÃO DECORRENTES:

1. **Desequilíbrio e instabilidade postural:** Com o envelhecimento, há uma diminuição na capacidade de manter o equilíbrio, o que aumenta o risco de quedas.

2. **Sarcopenia:** A perda de massa e força muscular contribui para a dificuldade em se locomover e manter a estabilidade, aumentando a propensão a quedas.

3. **Problemas sensoriais:** Alterações na visão, audição e propriocepção (sensação de posicionamento do corpo) podem dificultar a detecção de perigos ambientais e aumentar o risco de queda.

4. **Doenças crônicas:** Condições como osteoporose, artrite, e diabetes, além de doenças neurológicas como Parkinson, podem prejudicar a mobilidade e o equilíbrio, facilitando quedas.

5. **Efeitos colaterais de medicamentos:** Muitos idosos tomam múltiplos medicamentos, alguns dos quais podem causar tontura, hipotensão postural (queda de pressão ao se levantar), ou sedação, aumentando o risco de quedas.

4- OSTEOPOROSE

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva à uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. Força óssea, primariamente, reflete integração entre densidade e qualidade óssea. A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em primária, que não apresenta causa bem definida; e secundária, quando é decorrente de uma causa bem definida, como:

Endocrinopatias:	Outras patologias que afetam o me
Hiperparatireoidismo.	Desnutrição.
Tireotoxicose.	Neoplasias produtora de PTHrp.
Condições de hipostrogenismo pós-menopausa (fisiológica, cirúrgica ou iatrogênica).	Uso prolongado de corticóides, heparina, antic
Hipogonadismos.	Anorexia nervosa.
Hipertireoidismo.	DPOC.
Diabetes mellitus.	Doenças hematológicas/infiltrativas da medula mieloma, leucemias e linfomas.

Hiperprolactinemia, prolactinoma.	AIDS.
Hipercortisolismos.	Doenças renais.
Síndrome de Cushing.	Doenças do aparelho conjuntivo como: artrite reumatóide, osteogênese imperfecta.
	Doenças gastrointestinais como síndrome de má-absorção, doença inflamatória intestinal, doença celíaca e colostase.
	Pós transplantes. e
	Imobilização prolongada.

Fatores de risco:

Maiores	Menores
fratura anterior causada por pequeno trauma;	doenças que induzam à perda de massa óssea;
sexo feminino;	amenorréia primária ou secundária;
baixa massa óssea;	menarca tardia, nuliparidade;
raça branca ou asiática;	hipogonadismo primário ou secundário;
idade avançada em ambos os sexos;	baixa estatura e peso (IMC < 19kg/m²);
história familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur;	perda importante de peso após os 25 anos;
menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada;	baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio;
uso de corticóides	alta ingestão de proteína animal;
	pouca exposição ao sol, imobilização prolongada, quedas frequentes;
	sedentarismo, tabagismo e alcoolismo;
	medicamentos (como heparina, ciclosporina, hormônios tireoidianos, anticonvulsivantes e lítio);
	alto consumo de xantinas (café, refrigerantes à base de cola, chá preto).

Diagnóstico da Osteoporose

História clínica: É fundamental a história clínica minuciosa com investigação dos fatores de risco para a osteoporose e para fraturas. Deve-se considerar a avaliação de mulheres na pós-menopausa que apresentam um ou mais fatores de risco citados anteriormente e após os 65 anos independentemente da presença de fatores de risco. Uma boa história clínica e o exame físico são especialmente úteis para excluir as causas secundárias. A osteoporose é uma doença assintomática, e geralmente o primeiro sinal é a fratura, que representa o agravamento da doença, sendo as mais frequentes as da coluna lombar, colo do fêmur e 1/3 médio do rádio.

Exame físico: Os seguintes itens são de fundamental importância na avaliação de pessoas com osteoporose:

- Estatura.
- Peso corporal.
- Hipercifose dorsal.
- Abdômen protuso.
- Outras deformidades esqueléticas.
- Sinais físicos de doenças associadas à osteoporose como, por exemplo, exoftalmia (hipertireoidismo), deformidades e edema articular (artrite reumatóide), fásclies cushingóide etc.

Tratamento:

- **Medicações:** Os bisfosfonatos (alendronato, risedronato) são frequentemente prescritos para aumentar a densidade óssea e reduzir o risco de fraturas. Alternativas incluem teriparatida (para estimular a formação óssea) e denosumabe (um inibidor da reabsorção óssea).
- **Suplementos:** A suplementação de cálcio e vitamina D é frequentemente recomendada para todos os pacientes com osteoporose, para garantir a saúde óssea adequada e ajudar a prevenir fraturas.
- **Mudanças no estilo de vida:** Incluem aumento da atividade física, especialmente exercícios que envolvem levantamento de peso e resistência, e cessação do tabagismo e consumo de álcool.

5- DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA

A depressão no idoso pode se manifestar de forma diferente em comparação com populações mais jovens. Muitas vezes, os sintomas incluem queixas somáticas (como dores generalizadas), perda de apetite, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, e insônia. A **Escala de Depressão Geriátrica (EDG)** é uma ferramenta específica para avaliar a depressão em idosos. Ela consiste em perguntas que avaliam o humor, o nível de interesse em atividades, sentimentos de inutilidade, e outros sintomas psicológicos relevantes. Um escore alto na EDG pode indicar a necessidade de intervenção terapêutica.

Objetivo: verificar a presença de quadro depressivo.
Avaliações dos resultados: Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.
Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	Sim ()	Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim ()	Não ()
3. Acha sua vida vazia?	Sim ()	Não ()
4. Aborrece-se com frequência?	Sim ()	Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim ()	Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim ()	Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ()	Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim ()	Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12. Sente-se inútil?	Sim ()	Não ()
13. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim ()	Não ()
14. Sente-se sem esperança?	Sim ()	Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?	Sim ()	Não ()

6- ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PROCESSOS DE SENESCÊNCIA DO APARELHO DIGESTIVO E PADRÃO ALIMENTAR

Alterações fisiológicas:

- **Motilidade esofágica:** A redução da peristalse esofágica pode levar a dificuldades de deglutição (disfagia) e aumento do risco de refluxo gastroesofágico.
- **Secreção gástrica:** A hipocloridria (diminuição da secreção de ácido clorídrico) pode prejudicar a digestão de proteínas e a absorção de nutrientes como vitamina B12, ferro e cálcio.
- **Vilosidades intestinais:** A atrofia das vilosidades intestinais pode reduzir a área de absorção, levando à má absorção de nutrientes.

Padrão alimentar:

- Os idosos frequentemente mudam seus hábitos alimentares devido a fatores como perda de apetite, problemas dentários, e mudanças na sensibilidade ao gosto. Podem preferir alimentos de fácil mastigação e digestão, mas essa simplificação da dieta pode resultar em deficiências nutricionais. Recomenda-se uma dieta balanceada, rica

em proteínas, fibras, vitaminas, e minerais, com ajustes conforme necessário para garantir a ingestão adequada.

7- SARCOPENIA

Conceito: Sarcopenia é a perda progressiva e generalizada de massa e força muscular esquelética com o envelhecimento, levando a limitações funcionais e risco aumentado de quedas, fraturas e incapacidade.

Critérios diagnósticos:

- **Massa muscular:** Avaliada através de métodos como bioimpedância (BIA) ou absorciometria de raios-X de dupla energia (DXA). A sarcopenia é diagnosticada quando há uma redução significativa na massa muscular em comparação com os padrões de referência para a idade e sexo.
- **Força muscular:** Medida pelo teste de preensão manual (handgrip strength). Valores abaixo de determinados limiares indicam fraqueza muscular.
- **Desempenho físico:** Avaliado através de testes como a velocidade de marcha ou o teste de levantar-se de uma cadeira (sit-to-stand test). A redução na capacidade de realizar essas atividades é indicativa de sarcopenia.

Tratamento:

- **Exercícios resistidos:** O treinamento com pesos ou resistência é a intervenção mais eficaz para aumentar a massa e a força muscular.
- **Suplementação proteica:** Pode ser necessária para idosos com ingestão proteica insuficiente. O uso de aminoácidos essenciais e creatina também pode ser considerado.
- **Intervenções farmacológicas:** Ainda em estudo, mas incluem o uso de anabólicos e moduladores de miostatina.

8- VITAMINA D E SUPLEMENTAÇÃO PARA IDOSOS

A vitamina D desempenha um papel crucial na manutenção da homeostase do cálcio e na saúde óssea, além de influenciar a função muscular. A deficiência de vitamina D em idosos está associada a um risco aumentado de osteoporose, quedas e fraturas.

Suplementação: A suplementação é recomendada especialmente em idosos com pouca exposição solar ou com ingestão dietética inadequada. As diretrizes geralmente sugerem uma ingestão de 800 a 1000 UI/dia para a prevenção de deficiências e manutenção da saúde óssea.