



INVESTIGAÇÃO DE ANEMIA, FRAGILIDADE E DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 COMO FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM IDOSOS

Raquel Prado Thomaz, Conceição Aparecida da Silva, Rosalia de Angelis, Luiz Cláudio Martins, Milton Lopes de Souza, Jamiro da Silva Wanderley, Sara Monte Alegre, Maria Elena Guariento, André Fattori.
Disciplina de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

INTRODUÇÃO

As quedas são um dos maiores fatores de contribuição para a perda de independência e autonomia dos indivíduos idosos com consequente prejuízo na qualidade de vida. Define-se queda como "deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade". A anemia é uma redução abaixo dos limites normais da massa celular total de eritrócitos circulantes. Para avaliar sua presença, se realiza um hematócrito, no qual se observa uma redução abaixo do normal no volume de eritrócitos agrupados ou uma redução na concentração de hemoglobina no sangue. Segundo a OMS, para se configurar uma anemia os níveis de referência de hemoglobina que devem ser observados são de: <12 g/dL para mulheres e <13g/dL para homens. Um dos fatores causais da anemia é a deficiência de vitamina B12. O objetivo deste trabalho foi investigar a associação entre esse fator; envelhecimento, quedas, comorbidades, polifarmácia, anemia e deficiência de vitamina B12 como possíveis geradores da deterioração do estado de saúde e sua associação com o fenótipo de fragilidade.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, quantitativo, descritivo e retrospectivo. Foram entrevistados idosos entre 70 e 85 anos, matriculados no Ambulatório de Geriatria, capazes de compreender e responder ao conteúdo investigatório dos questionários aplicados: Instrumento para avaliação do perfil sócio-demográfico e Instrumento para avaliação das AVDs e AIVDs, dos exames laboratoriais e da fragilidade e autorizassem o acesso aos resultados dos exames de sangue como dosagem dos seguintes parâmetros: ferro sérico, TIBC (transferrina), ferritina sérica, TSH, T4 livre, vitamina B12, hemograma, proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação, uréia, creatinina, sódio e potássio, contidos no prontuário.

RESULTADOS

A amostra incluiu 93 idosos, sendo 61 mulheres (ou 65,59% do total) e 32 homens (34,40%). A média de idade dos idosos entrevistados foi de 78,13 (±4,597 – desvio padrão) e a mediana foi de 79 anos.

Observa-se a caracterização sócio-demográfica da amostra na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição sócio-demográfica

	Mulher (total = 61)		Homem (total = 32)		Total (n = 93)	
	N	%	N	%	N	%
Especialidade						
= 4	58	95,08	24	75	82	88,17
Não	3	4,92	8	25	11	11,83
Residência						
<25M	49	80,33	19	59,37	68	73,12
= 25M	12	19,67	13	40,63	25	26,88
Vínculo trabalh						
Aposent	32	52,46	29	90,62	61	65,59
Outros	29	47,54	3	9,38	32	34,41
Hospitalização						
Não	18	29,5	11	34,37	29	31,18
Sim	43	70,5	21	65,63	64	68,82
Saúde percebida						
Ruim	15	24,6	6	18,75	21	22,58
Razoável	29	47,54	11	34,37	40	43,02
Boa	17	27,86	15	46,88	32	34,4
Atividade visual						
Ruim	15	24,6	6	18,75	21	22,58
Razoável	29	47,54	12	37,5	41	44,09
Boa	17	27,86	14	43,75	31	33,33
Dific. caminhar						
Não	15	24,6	11	34,37	26	29,04
Alguma	21	34,43	12	37,51	33	35,48
Muita	24	40,97	9	28,12	33	35,48
Comorbidades						
= 5	49	80,33	22	68,75	71	76,35
< 5	12	19,67	10	31,25	22	23,65
Medicamentos						
= 8	38	62,29	18	56,25	56	60,21
< 8	23	37,71	14	43,75	37	39,79
Incapacidade						
Sim	40	65,77	7	21,88	47	50,54
Não	21	34,43	25	78,12	46	49,46
Queda						
Sim	26	42,62	11	34,37	37	39,79
Não	35	57,38	21	65,63	56	60,21

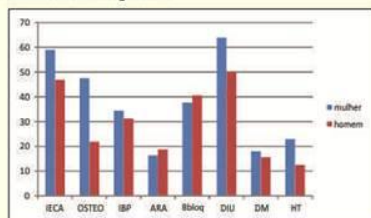
Para esta amostra de idosos entrevistados obteve-se que, em média, cada paciente apresenta 8,24 patologias concomitantemente. Também obteve-se que a média do número de medicamentos utilizados por cada um deles foi de 5,35 medicamentos. Do total de pacientes, 38 (40,86%) não fazem uso de polifarmácia, ou seja, estes utilizam menos de 5 medicamentos continuamente.

Com relação ao uso de medicamentos, considerou-se as classes de medicamentos mais comumente utilizados como: inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), medicamentos utilizados na hipocalcemia ou antiosteoporose (OSTEO), inibidores da bomba de prótons (IBP), antagonistas do receptor da angiotensina I (ARA), beta-bloqueadores (Bbloq), diuréticos (DIU), hipolipemiantes (DM) e hormônios tireoideanos (HT), e viu-se a distribuição da amostra conforme o uso de cada um desses medicamentos. Tabela 2.

Tabela 2 – Uso de medicamentos (n%)

	IECA	OSTEO	IBP	ARA	Bbloq	DIU	DM	HT
Sim	51/54,84	36/38,71	31/33,33	16/17,2	36/38,71	55/59,14	16/17,2	18/19,35
Não	42/45,16	57/61,29	62/66,67	77/82,8	57/61,29	38/40,86	77/82,8	75/80,65
Mulher	36/59,01	29/47,54	21/34,42	10/16,39	23/37,7	39/63,93	11/18,03	14/22,95
Homem	15/46,87	7/21,87	10/31,25	6/18,75	13/40,62	16/50	5/15,62	4/12,5

Gráfico 1 – Medicamento x gênero



Analisando-se a presença de comorbidades pormenorizadamente para saber a frequência com que os idosos apresentam cada uma delas, selecionaram-se patologias mais comuns nessa faixa etária: cardiopatia isquêmica (CI), ocorrência de acidente vascular cerebral prévio (AVC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia (DLP), Diabetes Mellitus (DM), tireoidopatias (TR), presença de glaucoma e/ou catarata (GC) e presença de osteoporose ou osteoartrite (OSTEO). Tabela 3 Para analisar o autocuidado e a função social desses pacientes aplicou-se, respectivamente, o questionário acerca das Atividades de Vida Diária e o que trata das Atividades Instrumentais de Vida Diária. Com relação ao primeiro, a maioria dos pacientes (79 ou 84,95%) obteve 6 pontos, que é a pontuação máxima. Quanto ao questionário utilizado para analisar as AIVDs, 35 (37,64%) pacientes obtiveram a pontuação máxima de 7, 22 (23,65%) pontuaram 6 pontos, 15 (11,77%) pontuaram 5 pontos e 21 (16,13%) fizeram 4 ou menos pontos. A média de AIVDs entre todos os grupos foi de: 5,99 para os não frágeis, 5,66 para os pré-frágeis e 5,44 para os frágeis. Não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,0872$). E de AIVDs foi de: 5,74 ± 1,647 entre os não-frágeis, 5,66 ± 1,659 entre os pré-frágeis e 4,81 ± 1,614 entre os frágeis. A diferença entre médias, pelo teste ANOVA entre os grupos foi estatisticamente significativa quando se comparou os frágeis com os não frágeis ($p = 0,0406$). A diferença entre o número médio de comorbidades e o número médio de medicamentos diários utilizados ao se comparar o grupo dos caidores e dos não caidores não foi significativa estatisticamente. Encontrou-se $p = 0,0530$ e $p = 0,2725$, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição das comorbidades (n%)

	CI	AVC	ICC	HAS	DLP	DM	TR	GC	OSTEO
Sim	14/15,05	06/6,45	33/35,48	74/79,57	31/33,33	22/23,65	26/27,96	30/32,26	48/51,61
Não	79/84,95	87/93,55	60/64,52	19/20,43	62/66,67	71/76,35	61/72,04	63/67,74	45/48,39
Mulher	8/18,11	4/6,55	18/29,5	49/80,33	18/26,39	13/21,87	12/24,43	21/34,43	39/63,93
Homem	6/18,75	2/6,25	15/46,87	25/78,12	15/46,87	5/15,62	5/15,62	9/28,12	9/28,12

Gráfico 2 – Comorbidades x Gênero

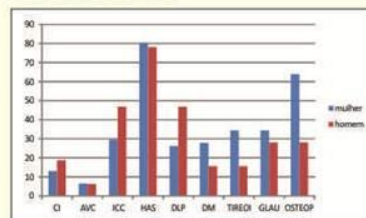


Gráfico 3 - Fragilidade

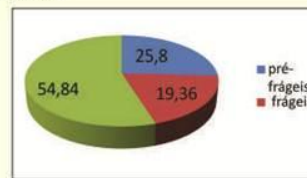


Tabela 4 – Fragilidade x gênero (n%)

	Masculino	Feminino
Não frágil	18 / 35,33%	33 / 64,7%
Pré-frágil	8 / 33,33%	16 / 66,67%
Frágil	6 / 33,33%	12 / 66,67%

Tabela 5 – Fragilidade x AVDs/AIVDs (n)

	Frágeis	Pré-frágeis	Não frágeis
AVDs	5,44	5,66	5,99
AIVDs	4,61	5,66	5,74

Gráfico 5: Anemia x quedas

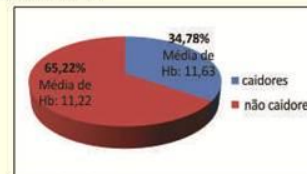


Tabela 6 – Quedas x AIVDs/comorb/medic (n)

	AIVDs	comorbidades	medicamentos
Caidores	5,46	6,86	5,73
Não caidores	5,53	5,82	5,10

Tabela 7: Quedas x fragilidade (n%)

	Frágil	Pré-frágil	Não-frágil
Caidores (37)	12 / 32,43	9 / 24,32	16 / 43,25
Não caidores (56)	8 / 14,28	15 / 26,78	33 / 58,93

DISCUSSÃO

Houve alta incidência do evento de quedas na população entrevistada visto que 37 idosos (39,79%) relataram ter sofrido pelo menos 1 episódio de queda no último ano. O que também nos revela uma possível consequência da elevada porcentagem de idosos que apresentam patologias ósseas.

Na análise da fragilidade, observou-se o quanto cada um dos critérios analisados: entrecrocamento, fraqueza, exaustão e lentidão, foram importantes no estabelecimento da fragilidade. Notou-se que a perda de peso não intencional foi um fator que contribuiu para o estabelecimento da fragilidade em apenas 16 idosos; enquanto que a velocidade de marcha lentificada foi positiva para indicar fragilidade em 48,39% da amostra. Pode-se pensar nessa grande participação da lentificação da marcha como um reflexo da alta incidência de morbidades como osteopenia, osteoporose e osteoartrite entre os idosos entrevistados.

Pode-se observar, apesar disso, que a maioria dos pacientes com deficiência de vitamina B12, metade deles, fazia parte do grupo dos indivíduos com sobrepeso, demonstrando que uma grande quantidade de alimentos ingeridos e um grande aporte de calorias não indicam que, necessariamente, esta seja uma dieta que contenha todos os nutrientes necessários a manutenção dos níveis metabólicos fisiológicos do indivíduo.

Esses idosos podem ser considerados independentes com relação ao seu autocuidado a partir do seu bom desempenho verificado pela avaliação das Atividades de Vida Diária em todos os grupos analisados: frágeis, pré-frágeis e não frágeis. Comparando-se as AIVDs, obteve-se uma diferença significativa entre os frágeis e os não frágeis. Este é um dado interessante ao se considerar que os indivíduos frágeis possuem sua função social mais limitada quando comparada àquela desempenhada pelos não frágeis. Estas são evidências de que esta síndrome pode ser responsável pela diminuição da independência e da qualidade de vida dos idosos, denotando a importância médica de prevenir a sua ocorrência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Menezes, RL, Bachion, MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(4): 1209-1218.
Duh MS, Mody SH, Lefebvre P, Woodman RC, et al. Anemia and the risk of injurious falls in a community-dwelling elderly population. *Drugs aging*. 2008; 25(4):325-34.
Guralnik JM, Ehrler WB, Schrier SL, Picozzi VJ. Anemia in the Elderly: A Public Health Crisis in Hematology. *American Society of Hematology*. 2005; 528-32.

Apoio Financeiro: PIBIC/CNPq e FAPESP.