

# BMJ - British Medical Journal - Brasil

17/06/2011

## Investigação e manejo da perda de peso não intencional em idosos

Jenna McMinn,<sup>1</sup> Claire Steel,<sup>2</sup> Adam Bowman<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Setor de Lesões da Coluna, Southern General Hospital, Glasgow G51 4TF, Reino Unido

<sup>2</sup> Departamento de Medicina para Idosos, Monklands Hospital, Airdrie, Reino Unido

<sup>3</sup> Departamento de Medicina para Idosos, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, Reino Unido

Correspondência para: J McMinn, Departamento de Medicina, Southern General Hospital  
jennamcminn@gmail.com

A perda de peso não intencional ocorre em 15-20% dos idosos (mais de 65 anos) e está associada a um aumento na morbidade e na mortalidade.<sup>1</sup> Estudos clínicos e epidemiológicos têm relatado uma prevalência ainda maior em determinadas populações, sendo afetados até 27% de idosos residentes na comunidade e 50-60% de residentes em asilos.<sup>1,2</sup>

A perda de peso pode ser a principal queixa ou um achado acidental durante uma consulta por outros motivos. Não há diretrizes publicadas sobre como investigar e manejar pacientes com perda de peso não intencional, e as respostas variam de não tomar nenhuma atitude (se for considerada uma parte normal do processo de envelhecimento) a realizar uma extensa investigação, devido ao medo de que represente um câncer subjacente. Estudos observacionais demonstraram que, em até 25% dos casos, nenhuma causa é encontrada apesar de ampla investigação.<sup>3,4</sup> Não está claro até que ponto os médicos devem investigar idosos com perda de peso não intencional na ausência de uma causa médica óbvia.

Revisamos as evidências disponíveis (principalmente estudos epidemiológicos e observacionais) e definimos uma abordagem estruturada para a investigação e o manejo do paciente idoso com perda de peso não intencional.

### Quando a perda de peso não intencional é clinicamente importante?

Mudanças fisiológicas relacionadas à idade ocorrem nos idosos e contribuem para a chamada “anorexia do envelhecimento”. Essas alterações incluem redução da massa corporal magra, da massa óssea e da taxa metabólica basal; redução do paladar e do olfato; alterações dos sinais gástricos que levam à saciedade precoce.<sup>5</sup> No entanto, estudos observacionais de idosos saudáveis têm relatado que essa perda normal de peso relacionada à idade como sendo de apenas 0,1-0,2 kg por ano,<sup>6</sup> e a maioria dos pacientes idosos mantêm o peso por um período razoavelmente longo, equivalente a 5-10 anos.<sup>7</sup> Uma perda substancial de peso não deve ser descartada como uma alteração natural relacionada à idade e deve ser investigada.

Embora não exista uma definição universalmente aceita da perda de peso clinicamente importante, a maior parte dos estudos observacionais a define como uma redução de 5% ou mais do peso corporal em 6-12 meses.<sup>3,4,8</sup> Para considerar a variabilidade do peso basal, a perda de peso é expressa como porcentagem, e não como um valor absoluto; por exemplo, uma perda de 2-3 kg é menos relevante

em um paciente de 90 kg do que em um idoso frágil, que já está abaixo do peso. A mortalidade em 1-2,5 anos relacionada à perda de peso clinicamente importante varia de 9% a 38%,<sup>1</sup> e os grupos particularmente em risco incluem idosos frágeis, idosos com baixo peso corporal basal e idosos internados recentemente.<sup>1,7</sup>

A perda de peso substancial está associada a um maior risco de complicações hospitalares e relacionadas a fatores como doenças,<sup>9</sup> aumento de incapacidade e dependência,<sup>7</sup> maiores taxas de admissões em lares de repouso ou asilos e baixa qualidade de vida. Em situações extremas, a caquexia (perda desproporcional de músculo esquelético em vez de gordura corporal, que leva a enfraquecimento dos músculos cardíacos e esqueléticos, perda de proteínas viscerais e alterações nas funções fisiológicas, incluindo déficit da imunidade e resposta inflamatória sistêmica) contribui para desfechos adversos devido ao aumento das taxas de infecção, à deficiência na cicatrização de feridas, à ocorrência de escaras, à redução da resposta a tratamentos clínicos e a um aumento no risco de mortalidade.<sup>10</sup>

A perda de peso em idosos aumenta significativamente a taxa de perda óssea no quadril e o risco de fratura local. Em um estudo prospectivo de coorte de 6.785 mulheres idosas, a perda de peso – intencional e não intencional – de 5% ou mais do peso basal (independentemente de ser normal ou baixo) quase dobrou o risco de fratura subsequente de quadril (razão de chances 1,8, IC 95%, 1,43 a 2,24) em comparação àquelas com peso estável ou em ascensão.<sup>11</sup>

### **O que pode causar a perda de peso não intencional em idosos?**

Embora a perda de peso involuntária em adultos jovens frequentemente tenha uma causa médica, em pacientes idosos as causas são mais diversas, sendo que fatores psiquiátricos e socioeconômicos têm uma participação importante.

Estudos prospectivos e retrospectivos realizados em diferentes países (Alemanha, Bélgica, Israel, Estados Unidos e Espanha) observaram pacientes que foram investigados por perda de peso involuntária para determinar as causas comuns e sua frequência relativa (Tabela 1).<sup>3,4,8,12,13</sup> Os estudos variaram consideravelmente em termos de país, idade dos pacientes (a maioria não foi confinada a idosos), duração do seguimento e tipo de pacientes recrutados. No entanto, câncer, doenças gastrintestinal não maligna e transtornos psiquiátricos (particularmente demência e depressão) estavam entre as causas mais comuns para a perda de peso não intencional.

Tabela 1 | Estudos observacionais sobre as causas de perda de peso não intencional

Estudo	Seguimento (meses)	Medida de idade dos pacientes (anos)	Causas mais comuns de perda de peso	Causa desconhecida
Estudo prospectivo alemão de 158 homens e mulheres na atenção secundária <sup>1</sup>	25-36	68 (DP 14)	Câncer (24%), especialmente gastrointestinal (33% do total) Distúrbios gastrointestinais não malignos (19%) Doença endócrina (11,4%) Doença psicológica (10,8%) Doença cardopulmonar (10,1%)	18%
Estudo prospectivo belga de 101 homens e mulheres na atenção secundária <sup>2</sup>	24	64 (DP 13)	Malignidade (22%) especialmente gastrointestinal (45% do total) Doença psicológica (16%) Distúrbios gastrointestinais não malignos (15%) Doenças infecciosas (8%) Distúrbios inflamatórios sistêmicos (6%)	28%
Estudo prospectivo americano de 91 homens, na maioria pacientes internados <sup>3</sup>	12	58 (DP 18)	Malignidade (19%) Distúrbios gastrointestinais não malignos (14%) Transtornos psiquiátricos (9%) Doença cardiovascular (9%) Doença relacionada ao álcool (8%)	26%
Estudo prospectivo israelense de 154 pacientes internados, de ambos os sexos <sup>4</sup>	30	64 (faixa 27-88)	Malignidade (36%) Distúrbios gastrointestinais não malignos (17%) Transtornos psiquiátricos (10%) Doença endócrina, doença infecciosa, doença renal (4% cada)	23%
Estudo retrospectivo americano de 50 pacientes ambulatoriais de ambos os sexos	24	> 63	Doença psiquiátrica (20%) Malignidade (18%) Distúrbios gastrointestinais não malignos (11%) Doença endócrina (9%) Doença neurológica (7%)	24%
Estudo retrospectivo americano de 236 pacientes internados e 92 pacientes ambulatoriais <sup>5</sup>	>12	65 (DP 17)	Malignidade (35%) Doença psiquiátrica (24%) Distúrbios gastrointestinais não malignos (8,8%) Doença endócrina (7%) Doença reumática (7%)	6% (semboas 30 pacientes não se firmaram completado o seguimento)

DP=desvio padrão.

Vários auxílios foram criados para permitir aos médicos considerarem as várias causas possíveis para a perda de peso não intencional em pacientes idosos. Eles incluem os “9 Ds da perda de peso em idosos”<sup>14</sup> e a mnemônica “meals on wheels”<sup>15</sup> (Quadro 1). Nossa abordagem é agrupar as possíveis causas em orgânicas (malignas e não malignas), psicossociais e desconhecidas.

### Causas orgânicas

As causas orgânicas da perda de peso incluem câncer, distúrbios clínicos não malignos e efeitos colaterais de certos medicamentos (Tabela 2).

Causa	Comentários
<b>Causa de câncer</b>	
Malignidade gastrointestinal	Doença de 280 milhões de anos que representa 20% dos cânceres gastrointestinais <sup>16</sup>
Doença de Crohn ou colite ulcerosa (doença inflamatória intestinal)	15 tipos de câncer são potencialmente associados a colite ulcerosa e doença de Crohn, incluindo câncer de bexiga e câncer de estômago
<b>Distúrbios gastrointestinais</b>	
Distúrbios gastrointestinais (DGI)	Doença inflamatória do trato gastrointestinal que pode causar perda de peso, náusea, vômito e diarréia
Doença de Crohn	Doença inflamatória do trato gastrointestinal que pode causar perda de peso, náusea, vômito e diarréia
Colite ulcerosa	Doença inflamatória do trato gastrointestinal que pode causar perda de peso, náusea, vômito e diarréia
<b>Doença endócrina</b>	
Doença de Addison	Doença inflamatória do sistema endócrino que pode causar perda de peso, náusea, vômito e diarréia
Doença de Cushing	Doença inflamatória do sistema endócrino que pode causar perda de peso, náusea, vômito e diarréia
<b>Doença reumática</b>	
Doença reumática	Doença inflamatória do sistema reumático que pode causar perda de peso, náusea, vômito e diarréia

### Psicossociais

Estudos observacionais publicados (resumidos na Tabela 1) relatam que transtornos psiquiátricos, particularmente demência e depressão, são a principal causa da perda de peso sem explicação em 10-20% dos pacientes idosos. Esse número sobe para 58% em residentes de asilos.<sup>17</sup>

### Déficit cognitivo

Pacientes com déficit cognitivo que estão agitados ou que têm tendência a “perambular” podem gastar muita energia. Outros podem esquecer que precisam comer ou ficam desconfiados ou paranoicos em relação à comida.<sup>1</sup> As habilidades de autoalimentação são perdidas com a progressão da doença de Alzheimer, podendo haver o desenvolvimento de disfagia.

## **Depressão**

A depressão pode causar perda de peso devido à falta de apetite ou de motivação para comprar e preparar os alimentos. Está mais comumente associada à perda de peso em idosos do que em adultos jovens, tendo sido relacionada a um aumento na mortalidade em uma revisão sistemática de pacientes idosos (>65 anos) que vivem na comunidade (razão de chances estimada para mortalidade com depressão de 1,73, 1,53 a 1,95).<sup>18</sup>

As taxas de depressão reportadas na comunidade variam consideravelmente, de acordo com uma revisão sistemática de 34 estudos baseados na comunidade sobre a prevalência desse quadro em uma etapa tardia da vida (>55 anos), mas podem chegar a 35%, dependendo dos critérios usados para definir a depressão.<sup>19</sup> Prevalências mais altas têm sido relatadas em idosos institucionalizados.

## **Fatores socioeconômicos**

A pobreza ou o isolamento social podem contribuir para a perda de peso nos idosos devido ao consumo de alimentos inadequados e à subnutrição.<sup>20</sup> Déficits físicos ou cognitivos podem impedi-los de ir às compras, reduzindo, assim, a disponibilidade dos alimentos preferidos. A incapacidade de cozinhar e de se autoalimentar pode contribuir ainda mais para a ingestão insuficiente de alimentos, já que alguns idosos contam apenas com parentes ou cuidadores, que podem visitá-los de maneira ocasional.

## **Causa desconhecida**

A causa para a perda de peso permaneceu desconhecida em 16-28% dos pacientes em estudos observacionais prospectivos e retrospectivos publicados, apesar das extensas investigações durante períodos que variaram de seis meses a três anos.<sup>3,4,8,12,13</sup> Isso pode ter acontecido porque os pacientes idosos geralmente apresentam múltiplas comorbidades, e não uma única doença grave, usam múltiplos medicamentos e podem apresentar problemas psicológicos ou sociais. Talvez cada fator individual não seja suficiente para causar perda de peso substancial, mas o efeito cumulativo pode resultar em perda de peso clinicamente importante.

Todos os estudos que avaliaram o prognóstico de pacientes idosos com perda de peso não intencional concluíram que os que se encaixam nessa categoria de “causa desconhecida” têm prognóstico muito melhor do que aqueles com câncer,<sup>3,12</sup> e não pior do que os pacientes diagnosticados com causas não malignas.<sup>3</sup> Casos de câncer diagnosticados no contexto da perda de peso involuntária costumam ter prognóstico ruim, pois geralmente estão avançados quando a perda de peso torna-se aparente.<sup>4</sup>

## **Como é investigada a perda de peso não intencional em idosos?**

Apresentamos nossa abordagem para a investigação, que se baseia em uma extensa revisão da literatura (figura). Desconhecemos qualquer diretriz clínica ou sistema padronizado para investigar esse problema comum e complexo.

A avaliação inicial do paciente envolve a coleta de uma história e de um exame clínico detalhados, além da realização de exames laboratoriais básicos. Os achados devem orientar as futuras investigações.

## **História**

Tente estabelecer a exata perda de peso em um período específico. Perguntas sobre o apetite podem ajudar a elucidar se a perda de peso é causada pelo consumo inadequado de energia, ou se ocorreu apesar do consumo adequado. Uma história coletada junto a parentes ou cuidadores é útil no caso de pacientes com déficit cognitivo.

A história médica prévia e atual pode identificar condições que tenham causado a perda de peso (Tabela 2) e medicamentos que estejam contribuindo para isso devido a seus efeitos colaterais.

A história social ajuda a esclarecer sobre o consumo de álcool (que pode contribuir para a desnutrição ou a deficiência de vitaminas) e o tabagismo (um fator de risco para câncer e outras doenças orgânicas). É importante elucidar as circunstâncias sociais do paciente: com quem mora? Quem compra e prepara os alimentos? Há alguma ajuda doméstica ou ajuda de parentes?

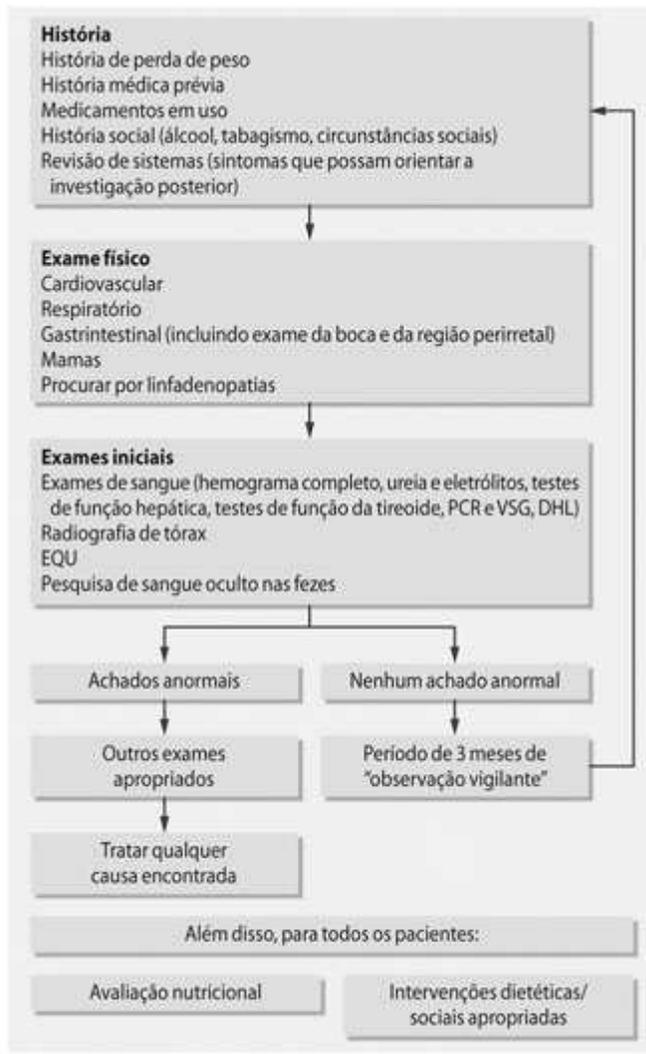
Uma história que inclua uma revisão de sistemas pode descobrir sintomas adicionais que orientem futuras investigações. Além disso, convém rastrear todos os pacientes quanto a déficit cognitivo e depressão, utilizando ferramentas de avaliação padronizadas.<sup>21,22</sup>

Alguns autores recomendam uma avaliação nutricional apenas quando não for encontrada qualquer evidência de doença orgânica.<sup>1,8</sup> Acreditamos, porém, que todos os pacientes idosos que se apresentam com perda de peso involuntária devam ser submetidos à avaliação por um nutricionista, porque a desnutrição tem uma alta prevalência nesse grupo e pode estar presente mesmo quando se encontra uma causa orgânica para a perda de peso.

Sugerimos que os pacientes atendidos na atenção primária (por clínicos gerais) – em que as instalações (e o tempo) para avaliar a função cognitiva, o humor e a condição nutricional nem sempre estão prontamente disponíveis – sejam encaminhados a um geriatra.

## **Exame físico**

Em pacientes com perda de peso não intencional, um exame físico completo deve ter como meta excluir doenças cardiovasculares e respiratórias importantes, assim como massas abdominais, organomegalia, aumento da próstata e massas na mama que possam indicar câncer. Linfadenopatia palpável pode indicar infecção, câncer ou doença hematológica. Deve-se examinar a boca para excluir qualquer problema dentário óbvio, má higiene oral, boca seca ou lesões que dificultem ou causem dor ao mastigar e engolir.



Avaliação da perda de peso não intencional em idosos

## Investigação básica

Os exames iniciais para todos os pacientes devem incluir hemograma completo, ureia e eletrólitos, testes de função hepática, testes de função da tireoide, proteína C reativa, glicose e desidrogenase láctica, radiografia de tórax, exame de urina e pesquisa de sangue oculto nas fezes.<sup>1,4,12,13,23</sup> A base racional subjacente a esses testes é explicada no Quadro 2.

Marcadores tumorais não são exames diagnósticos úteis e não devem ser usados como parte da avaliação inicial, já que podem levar a erros.<sup>1,24</sup> Seu papel está no monitoramento da resposta ao tratamento em pacientes com câncer ou na detecção de recorrência precoce após o tratamento. Achados anormais na avaliação inicial devem orientar a investigação subsequente da causa para a perda de peso.

Se a história, o exame físico e os exames iniciais estiverem normais, as evidências publicadas sugerem que não há indicação para continuar investigando imediatamente e que são aconselháveis três meses de “observação vigilante”, em vez de uma busca cega com exames adicionais, mais invasivos ou dispendiosos. Como as doenças orgânicas são raramente encontradas em pacientes com exame físico e resultados laboratoriais normais, é improvável que esse período de espera tenha um desfecho adverso.<sup>3,4</sup>

Embora três sistemas de pontuação tenham sido desenvolvidos para ajudar os médicos a identificar

quais pacientes com perda de peso têm probabilidade de apresentar uma causa física ou maligna e não uma causa psicológica ou social,<sup>8,13,23</sup> nenhum deles foi validado em populações independentes que se apresentam com perda de peso.

### **Uma avaliação basal negativa deve ser tranquilizadora?**

A alegação de que uma avaliação inicial negativa deva tranquilizar o médico quanto à ausência de doença subjacente grave baseia-se apenas em pequenos estudos não randomizados. Além disso, a maior parte deles não se limita a pacientes idosos (no Reino Unido, definidos como aqueles com idade superior a 70 anos). No entanto, a maioria dos autores concorda que, em pacientes idosos com perda de peso não intencional clinicamente relevante, doenças orgânicas importantes (e sobretudo malignas) são altamente improváveis quando uma avaliação inicial completa é normal e que, nesse contexto, uma abordagem de observação vigilante pode ser preferível a exames não orientados e invasivos.<sup>1,3,4,13,23</sup>

Atualmente, não há evidências de que a varredura não orientada por tomografia computadorizada seja útil na investigação desses pacientes. As desvantagens de tal procedimento incluem os altos custos (com baixo rendimento) e a probabilidade de encontrar tumores sem repercussão clínica.

Vários estudos utilizaram o ultrassom abdominal como parte da avaliação inicial, embora não comentassem sua utilidade para isso, observando apenas que 27% dos pacientes com câncer subjacente apresentavam hepatomegalia ao exame físico e uma porcentagem similar apresentava massas palpáveis.<sup>4</sup> Os achados anormais ao exame físico (ou testes de função hepática anormais) teriam desencadeado a investigação futura de qualquer maneira.

Como os distúrbios gastrintestinais (malignos e não malignos) são responsáveis por cerca de um terço de todas as causas de perda de peso não explicada em estudos com adultos de todas as idades, então alguns autores defendem a endoscopia gastrintestinal superior como investigação de primeira linha.<sup>3</sup> Porém, como se trata de um exame invasivo e não isento de risco (particularmente para idosos), acreditamos que deva ser reservado para pacientes nos quais haja indicação com base na história, exame físico ou exames iniciais (como uma história de sangramento gastrintestinal ou evidências de anemia ferropênica).

Em um estudo no qual pacientes com avaliação inicial normal foram submetidos a outros exames, incluindo tomografia computadorizada e endoscopia, chegou-se a apenas um diagnóstico adicional (um paciente foi diagnosticado com intolerância à lactose).<sup>4</sup>

### **Manejo da perda de peso não intencional em idosos**

O princípio mais importante do manejo é identificar e tratar qualquer causa subjacente. O manejo ideal costuma exigir avaliações multidisciplinares (médicos, dentistas, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e serviços sociais).<sup>20</sup> Sugerimos enfaticamente a revisão dos medicamentos em uso a fim de tentar eliminar aqueles cujos efeitos colaterais possam estar contribuindo para a perda de peso.

Se houver suspeita de uma causa psiquiátrica para a perda de peso, como depressão, recomendamos uma avaliação por um psicogeriatra ou psicólogo. Nesses casos, deve-se considerar o tratamento com um antidepressivo, já que a depressão é uma causa potencialmente reversível da perda de peso.

Se a avaliação inicial for negativa, sugerimos que os pacientes sejam reavaliados após três meses para estabelecer se houve desenvolvimento de qualquer outro sintoma ou sinal e verificar seu peso. Enquanto isso, como faltam evidências que indiquem qualquer tratamento com medicamentos,<sup>1,20</sup> pode-se usar uma variedade de intervenções não farmacológicas (descritas no Quadro 3).

#### **PONTOS-CHAVE**

A perda de peso não intencional é comum em idosos e está associada a taxas de morbidade e mortalidade consideráveis.

A perda de peso é clinicamente relevante se forem perdidos mais de 5% do peso corporal em 6-12 meses, embora perdas menores possam ser importantes para idosos frágeis.

As causas da perda de peso não intencional ser classificadas como orgânicas (malignas e não malignas), psicológicas, sociais ou desconhecidas.

Os medicamentos devem ser revistos, já que os efeitos colaterais geralmente contribuem para a perda de peso.

Todos os pacientes devem ser avaliados por um nutricionista e rastreados quanto a depressão e déficit cognitivo.

Um período de “observação vigilante” de três meses é preferível a outras investigações cegas nos casos em que a história, o exame físico e os exames de laboratório iniciais forem normais.

## FONTES E CRITÉRIO DE SELEÇÃO

Realizamos buscas na literatura por diretrizes clínicas atuais ou de melhores práticas, ensaios clínicos, revisões e publicações relevantes. Utilizamos recursos on-line, incluindo os bancos de dados de Cochrane e TRIP, Medline e Google, além de sites específicos, como o Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN),<sup>1</sup> o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) e a British Geriatrics Society.

Fizemos, então, buscas no Medline e Google, utilizando as palavras-chave “unintentional”, “weight loss” e “elderly”. A expressão “unintentional” também foi substituída por “involuntary” e “unexplained” para expandir nossa busca. Fizemos ainda outras buscas relacionadas a aspectos particulares deste artigo.

## Quadro 1 | Mnemônicas para as causas da perda de peso não intencional em idosos

9 Ds da perda de peso em idosos<sup>14</sup>

Demência

Depressão

Doença (aguda e crônica)

Disfagia

Disgeusia

Diarreia

Drogas (medicamentos)

Dentição

Disfunção (incapacidade funcional)

(Desconhecimento foi posteriormente acrescentado como um décimo “D”)

Meals on wheels<sup>15\*</sup>

M: Efeitos de medicamentos (Medication effects)

E: Problemas emocionais (Emotional problems) (especialmente depressão)

A: Anorexia nervosa, alcoolismo

L: Paranoia da idade avançada (Late life paranoia)

S: Distúrbios da deglutição (Swallowing disorders)

O: Fatores orais (Oral factors), como dentaduras e cáries

N: Falta de dinheiro (No money)

W: Perambulação e outros comportamentos relacionados à demência (Wandering and other dementia related behaviours)

H: Hipertireoidismo, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipoadrenalismo

E: Problemas entéricos (Enteric problems)

E: Problemas alimentares (Eating problems), como incapacidade de se alimentar sozinho

L: Dieta de baixo teor de colesterol e baixo teor de sal (Low salt, low cholesterol diet)

S: Obstáculos, problemas sociais (Stones, social problems), como isolamento, incapacidade de obter os alimentos preferidos

\*N. de T: A expressão “meals on wheels” equivale a “programas que entregam refeições para pessoas incapacidades ou idosos”.

## DICAS PARA NÃO ESPECIALISTAS

- Clínicos gerais e médicos hospitalistas não especializados devem fazer a coleta da história e o exame físico, além de solicitar os exames iniciais.
- O paciente deve ser encaminhado a um especialista caso seja encontrada qualquer anormalidade que sugira uma possível causa orgânica para a perda de peso.
- O médico responsável pelo encaminhamento pode fazer a observação vigilante de três meses ou encaminhar o paciente para a atenção secundária (medicina para idosos), se nenhuma causa óbvia for encontrada, já que as instalações para avaliação multidisciplinar geralmente são melhores.
- A história, o exame físico e os exames iniciais devem ser repetidos se a avaliação e a observação vigilante iniciais tiverem sido feitas na atenção primária. Se nenhuma causa for

identificada e o paciente ainda estiver perdendo peso, deve-se encaminhá-lo para a atenção secundária.

## Quadro 2 | Exames iniciais para a investigação da perda de peso não intencional em idosos

### Exames de sangue

#### Hemograma completo

A anemia sugere uma causa orgânica para a perda de peso<sup>13</sup> e deve levar a mais investigações, que dependerão do tipo de anemia (microcítica, macrocítica, etc.). A leucocitose também pode sugerir doença orgânica (processos malignos, infecciosos ou inflamatórios) e foi considerada uma variável importante em vários estudos observacionais que avaliaram a probabilidade de uma causa maligna ou outra causa orgânica para a perda de peso não intencional.<sup>4,13</sup>

#### Ureia e eletrólitos

Embora estudos publicados não pareçam considerar esse exame particularmente útil na predição de uma causa para a perda de peso,<sup>4,13</sup> é uma investigação razoável a ser feita nesse estágio, já que resultados anormais podem apontar em direção a uma causa orgânica.

#### Testes de função hepática, incluindo $\gamma$ -glutamil transpeptidase e albumina

Uma função hepática normal torna menos provável a presença de causas orgânicas graves para a perda de peso, sobretudo câncer, que costuma estar avançado no momento em que a perda de peso ocorre.<sup>4</sup> A fosfatase alcalina é particularmente útil, já que pode estar elevada quando houver doença hepática ou óssea presente. Um estudo observacional concluiu que a fosfatase alcalina >300 U/L aumentou a probabilidade de uma causa maligna para a perda de peso (razão de chances 14,7) e que a albumina sérica >3,5 g/dL reduziu tal probabilidade (0,11).<sup>13</sup>

#### Testes de função da tireoide

O hipertireoidismo é uma causa endócrina comum para a perda de peso.

#### Proteína C reativa (PCR) e velocidade de sedimentação globular (VSG)

Resultados normais tornam menos provável uma causa orgânica grave para a perda de peso. Em um estudo observacional, a PCR estava elevada em 91% dos pacientes subsequentemente diagnosticados com malignidade e em 69% dos pacientes com doença orgânica não maligna.<sup>4</sup> Em outro estudo,<sup>13</sup> uma VSG elevada foi associada a um aumento na probabilidade de malignidade (2,9, 1,7 a 5,1). A VSG também pode estar elevada em outros distúrbios orgânicos, incluindo processos inflamatórios sistêmicos. VSG ou PCR elevadas, portanto, indicam uma possível causa orgânica para a perda de peso.

#### Glicemia

O diabetes não controlado é uma causa endócrina comum para a perda de peso.

#### Desidrogenase láctica (DHL)

DHL >500 U/L está associada a um aumento na probabilidade de causa maligna para a perda de peso involuntária (26,9).<sup>13</sup>

#### Radiografia de tórax

A radiografia de tórax deve ser feita em todos os pacientes para identificar doença respiratória, incluindo causas malignas e não malignas.<sup>1,4</sup>

#### Exame comum de urina (EQU)

O EQU está incluído em quase todos os estudos como parte da avaliação inicial e caracteriza-se por ser não invasivo e não dispendioso; porém, os estudos publicados não especificam seu benefício diagnóstico como parte da avaliação inicial de pacientes idosos com perda de peso não intencional e apenas indicam que é menos caro do que outros exames.<sup>4</sup>

#### Pesquisa de sangue oculto nas fezes

Devido à alta proporção (cerca de um terço) de pacientes com distúrbio gastrointestinal subjacente,<sup>3</sup> maligno ou não maligno, esta é uma investigação de primeira linha razoável. Caracteriza-se como um exame não invasivo (em comparação à endoscopia) e, embora não seja particularmente sensível ou específico, um resultado positivo desencadeia outras investigações do trato gastrointestinal (como endoscopia ou colonoscopia).

## Quadro 3 | Intervenções não farmacológicas para a perda de peso não intencional em pacientes idosos

### Otimização do consumo de alimentos

O paciente deve ser encorajado a ingerir refeições menores com maior frequência.

O paciente deve ser incentivado a ingerir seus alimentos e lanches preferidos; as restrições dietéticas devem ser restringidas, pois geralmente são pobres em energia e menos palatáveis, aumentando o risco de perda de peso em pacientes idosos.<sup>2</sup>

O paciente deve ingerir alimentos com alto teor energético na principal refeição do dia (pessoas idosas, particularmente aquelas com demência, tendem a consumir a maior parte da energia diária no café da manhã).<sup>25</sup>

A apresentação e a variedade da dieta devem ser melhoradas, o que oferece um benefício

particular para pacientes com demência.<sup>26</sup>

O paciente deve alimentar-se acompanhado ou com auxílio, pois isso melhora o aproveitamento das refeições e, portanto, aumenta a ingestão.<sup>2</sup> Muitos idosos apresentam deficiências físicas ou cognitivas que prejudicam sua capacidade de se alimentar sem auxílio ou incentivo.

Os serviços comunitários de apoio nutricional (como os programas “meals on wheels”) são recomendados para pacientes idosos na comunidade, já que melhoram o consumo dietético.

Suplementos nutricionais orais, se recomendados por um nutricionista

Os suplementos nutricionais orais (como bebidas de alto teor energético) demonstraram aumentar o consumo diário de energia e o ganho de peso, embora sejam limitadas as evidências de que resultem em benefício de longo prazo para a saúde, capacidade funcional e sobrevida em pacientes idosos subnutridos.

Os suplementos devem ser consumidos entre as refeições para evitar a supressão do apetite e a diminuição do consumo de alimentos na hora das refeições.<sup>20</sup>

Comprimidos diários de multivitamínicos

Os multivitamínicos são recomendados por alguns autores, devido à alta prevalência de deficiências nutricionais em idosos, porém há poucas evidências de que resultem em redução da perda de peso.

Boa saúde oral

Problemas com a dentição e a saúde oral são causas comumente ignoradas para a perda de peso.

Realização de exercícios regulares ou fisioterapia

Exercícios regulares (particularmente de resistência) também são recomendados para pacientes idosos frágeis, já que estimulam o apetite e previnem a sarcopenia. A fisioterapia pode ajudar a alcançar esses objetivos em alguns pacientes.

### **PESQUISAS FUTURAS E PERGUNTAS SEM RESPOSTA**

- A maior parte dos estudos publicados baseia-se em pequenos números de pacientes, abordam a perda de peso não intencional em adultos de todas as idades e muitos foram realizados há mais de 10 anos.
- São necessários estudos que enfoquem idosos – idealmente, estudos multicêntricos com grandes números de pacientes e períodos de seguimento maiores, para observar se são feitos diagnósticos adicionais e se esses pacientes continuam a perder peso.
- O que fazer se o paciente for encaminhado para a atenção secundária e a perda de peso persistir ou progredir, mas nenhuma causa for identificada após três meses de observação vigilante?
- Deve-se continuar as avaliações em intervalos regulares de três meses ou considerar investigações não orientadas?

Colaboradores: AB concebeu a ideia do artigo e é o avalista.

JM e CS pesquisaram a literatura. JM redigiu o artigo. AB e CS participaram da edição.

### **Análise de Pares:**

Externa

### **Código BMJ:**

10.1136/bmj.d1732

### **Interesses Conflitantes:**

Todos os autores preencheram o formulário de conflitos de interesse em [www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) (disponível após solicitação do autor correspondente) e declaram que: não receberam nenhum apoio financeiro para o trabalho apresentado; não mantiveram, nos últimos três anos, relações financeiras com empresas que pudessem ter interesse no trabalho apresentado; não mantêm outras relações ou exercem atividades que possam ter influenciado o trabalho apresentado

### **Procedência:**

Contribuição espontânea

### **Referência:**

1. Alibhai S.M.H, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in the elderly. *CMAJ* 2005;172:773-80.
2. Bouras EP, Lange SM, Scolapio JS. Rational approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clin Proc* 2001;76:923-9.
3. Lankish PG, Gerzmann M, Gerzmann JF, Lehnick D. Unintentional weight loss: diagnosis and prognosis. The first prospective follow-up study from a secondary referral centre. *J Intern Med* 2001;249:41-6.
4. Metalidis C, Knockaert DC, Bobbaers H, Vanderschueren S. Involuntary weight loss. Does a negative baseline evaluation provide adequate reassurance? *Eur J Intern Med* 2008;19:345-9.
5. Clarkston WK, Pantano MM, Morley JE, Horowitz M, Littlefield JM, Burton FR. Evidence for the anorexia of aging – gastrointestinal transit and hunger in healthy elderly vs young adults. *Am J Physiol* 1997;41:R243-8.
6. Wallace JI, Schwartz RS. Epidemiology of weight loss in humans with special reference to wasting in the elderly. *Int J Cardiol* 2002;85:15-21.
7. Newman A, Yanez D, Harris T, Duxbury A, Enright PL, Fried LP. Weight change in old age and its association with mortality. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1309-18.
8. Marton KI, Sox HC Jr, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med* 1981;95:568.
9. Chapman KM, Nelson RA. Loss of appetite: managing unwanted weight loss in the older patient. *Geriatrics* 1994;49:54-9.
10. Ryan C, Bryant E, Eleazer P, Rhodes A, Guest K. Unintentional weight loss in long-term care: predictor of mortality in the elderly. *South Med J* 1995;88:721-4.
11. Ensrud KE, Ewing SK, Stone KL, Cauley JA, Bowman PJ, Cummings SR. Intentional and unintentional weight loss increase bone loss and hip fracture risk in older women. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1740-7.
12. Rabinovitz M, Pitlik SD, Leifer M, Garty M, Rosenfeld JB. Unintentional weight loss: a retrospective analysis of 154 cases. *Arch Intern Med* 1986;146:186.
13. Hernandez JL, Riancho JA, Matorras P, Gonzalez-Macias J. Clinical evaluation for cancer in patients with involuntary weight loss without specific symptoms. *Am J Med* 2003;114:631-7.
14. Robbins LJ. Evaluation of weight loss in the elderly. *Geriatrics* 1989;44:31-4.
15. Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med* 1995;123:850-9.
16. Carr-Lopez SM, Phillips SK. The role of medications in geriatric failure to thrive. *Drugs Aging* 1996;8:221-5.
17. Morley J.E, Kraenzie D. Causes of weight loss in a community nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:583-5.
18. Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:622-30.
19. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999;174:307-11.
20. Smith KL, Greenwood C, Payette H, Alibhai SMH. An approach to the nonpharmacologic and pharmacologic management of unintentional weight loss among older adults. *Geriatr Aging* 2007;10:91-8.
21. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
22. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
23. Bilbao-Gara J, Barba R, Losa-Garcia JE, Martin H, Garcia de Casasola G, Castilla V. Assessing clinical probability of organic disease in patients with involuntary weight loss: a simple score. *Eur J Intern Med* 2002;13:240-5.
24. Sturgeon CM, Lai LC, Duffy MJ. Serum tumour markers; how to order and interpret them. *BMJ* 2009;339:b3527.
25. Young KW, Greenwood CE. Shift in diurnal feeding patterns in nursing home residents with Alzheimer's disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M656-61.
26. Boylston E, Ryan C, Brown C, Westfall B. Increasing oral intake in dementia patients by altering food texture. *Am J Alzheimer's Dis* 1995;10:37-9.