

Avaliação da força de preensão manual na DRC: temos evidências suficientes?

Handgrip strength evaluation in CKD: do we have enough evidence?

Autores

Viviane O. Leal¹ 

Denise Mafra² 

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

O diagnóstico de desnutrição em pacientes com doença renal crônica (DRC) é um desafio, pois não existe um indicador “amplo e perfeito”^{1,2}. Na diretriz de prática clínica publicada recentemente para nutrição na DRC², métodos compostos de avaliação nutricional, como o escore de desnutrição-inflamação (EDI), foram destacados porque incluem variáveis clínicas, dietéticas, bioquímicas e antropométricas e, portanto, são mais abrangentes.

Além disso, a força de preensão manual (FPM) foi listada como um método confiável e direto para avaliar a função muscular nesses pacientes, e pode ser usada como uma medida indireta do estado nutricional. De acordo com a Diretriz: “Em adultos com DRC 1-5D, a FPM pode ser usada como um indicador do estado nutricional e funcional quando medidas prévias estão disponíveis para comparação”².

A medição da FPM é uma ferramenta útil para identificar a incapacidade funcional e o risco de mortalidade precoce³ em pacientes com DRC^{4,5}. No entanto, estudos envolvendo pacientes com DRC utilizam diferentes pontos de corte, dificultando uma conclusão geral devido à falta de consenso. Assim, valores de pontos de corte para FPM devem ser definidos para esses pacientes, para nortear a prática clínica e para a produção de estudos mais conclusivos^{2,4}.

Mais recentemente, Sostisso e colaboradores⁶ indicaram o ponto de corte da FPM de <14,5kg para mulheres e <23,5kg para homens para diagnosticar desnutrição em pacientes brasileiros em hemodiálise, tendo o EDI como referência.

No entanto, a principal limitação deste estudo foi a ampla faixa etária (18 a 87 anos), pois é sabido que pacientes idosos apresentam não só uma redução da força muscular, mas também uma alteração da coordenação motora em relação aos mais jovens, o que pode resultar em uma medição imprecisa. Portanto, parece inapropriado que os mesmos valores de corte de FPM sejam aplicados a pacientes jovens, adultos e idosos. No entanto, este estudo é muito importante para o debate sobre uma recomendação consensual de pontos de corte da FPM para a população brasileira em hemodiálise.

Nesse contexto, outro estudo também com pacientes brasileiros com DRC em hemodiálise⁷ relatou que a mortalidade foi maior em pacientes com FPM abaixo dos pontos de corte específicos para o sexo e idade (17,8 kg para mulheres <60 anos, 13,8 kg para mulheres ≥60 anos, 29,5 kg para homens <60 anos e 21,9 kg para homens ≥60 anos), mostrando que é importante levar em consideração a idade do paciente.

Na definição atualizada de sarcopenia, o Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Idosos (EWGSOP2)⁸ propôs um ponto de corte de <16 kg para mulheres e <27 kg para homens para o diagnóstico de provável sarcopenia. No entanto, eles recomendam o uso de populações normativas regionais como referência (quando disponível) porque essa diretriz foi baseada em populações europeias e a FPM varia com a estatura^{8,9}. Vários grupos vêm trabalhando na definição do ponto de corte para populações específicas, conforme mostrado na Figura 1.

Data de submissão: 21/09/2020.

Data de aprovação: 21/09/2020.

Correspondência para:

Denise Mafra.

E-mail: dmafra30@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0209>



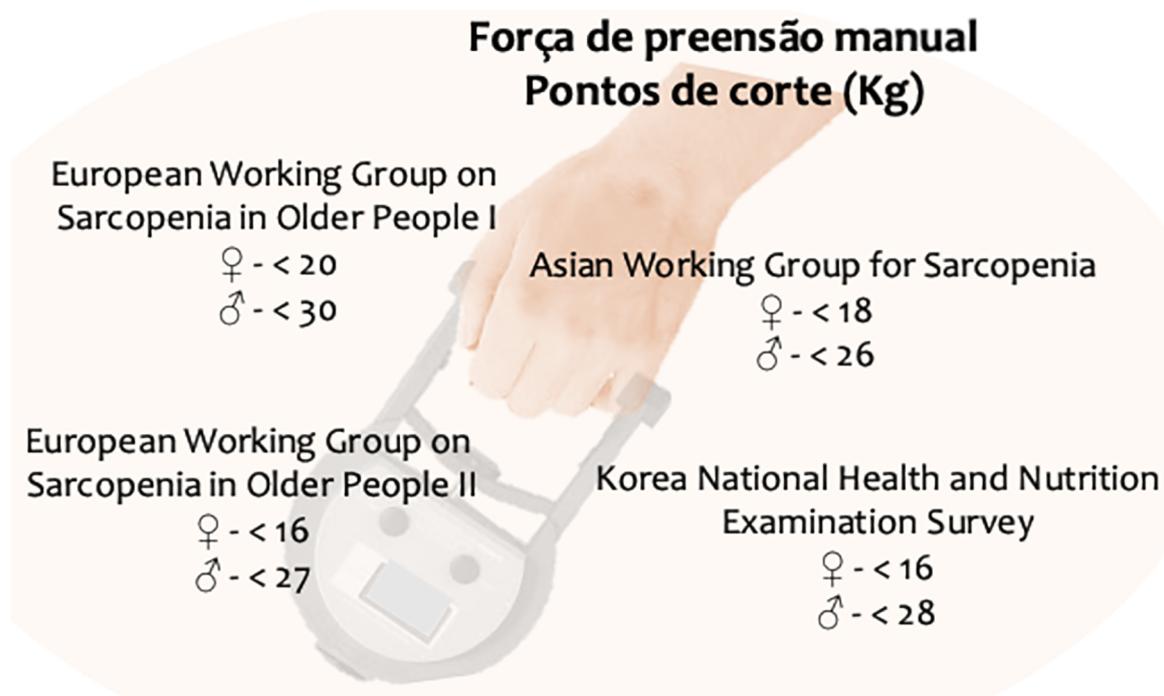


Figura 1. Valores de corte para força de preensão manual (FPM) segundo diferentes grupos. Adaptado de Lee & Gong⁹.

A definição de pontos de corte para FPM pode amenizar a ansiedade dos profissionais que trabalham com pacientes com DRC em diagnosticar o estado nutricional como “normal” ou “não normal”. No entanto, a característica mais interessante da FPM é sua capacidade de detectar alterações precoces no estado nutricional. Os testes funcionais, como a FPM, costumam ser os indicadores mais sensíveis e relevantes das alterações do estado nutricional de curto prazo e se correlacionam com o prognóstico e complicações clínicas^{3,4,5}.

Nesse sentido, a nova diretriz de nutrição na DRC² sugere a FPM como um indicador útil do estado nutricional e funcional quando medidas prévias estão disponíveis para comparação. Ou seja, avaliações de acompanhamento podem ser mais importantes do que usar a medida uma única vez para classificação. O acompanhamento clínico dos pacientes é mais importante do que seu enquadramento em um ponto de corte, que pode ser imperfeito devido às peculiaridades de cada pessoa, incluindo idade e diagnóstico de DRC, além de comorbidades e tempo de diálise.

Além disso, comparações com pontos de corte obtidos em diferentes tipos de dinamômetros e diferentes condições de teste podem predispor uma conclusão/diagnóstico confusos, reforçando a importância das medidas de acompanhamento⁸.

Até o momento, não há definição sobre o melhor momento para medir pacientes com DRC em hemodiálise (pré ou pós-diálise ou em dia sem diálise), e não existe uma técnica padronizada (escolha e posição do braço, tempo de descanso)^{2,4,9}. Além disso, a FPM depende da motivação do indivíduo e, portanto, os profissionais devem estar suficientemente treinados na avaliação da FPM^{2,4}.

Na DRC, a perda muscular e a sarcopenia têm muitas causas contribuintes, além da idade¹. Essas causas afetam intervenções que previnem ou retardam o desenvolvimento de anormalidades nutricionais⁸. Nesse contexto, a avaliação nutricional é fundamental para o estabelecimento de estratégias de tratamento, mas a avaliação da FPM ainda apresenta várias questões sem resposta, como: qual a melhor forma de interpretar os dados da FPM? Os dados devem ser comparados com os padrões de referência ou com medidas de acompanhamento do mesmo paciente? Entretanto, a utilidade da FPM para avaliação do estado nutricional protéico-energético é inegável por ser um método simples, não invasivo e confiável². Acreditamos que é senso comum que o contexto clínico do paciente deva ser adaptado aos padrões de referência estabelecidos e que as características individuais devam ser levadas em consideração ao usar a FPM em pacientes com DRC. Além disso, como recomendam as novas diretrizes², medidas prévias devem ser realizadas para comparações.

AGRADECIMENTOS

Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram substancialmente para a concepção, desenho do estudo e coleta, análise e interpretação dos dados.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Koppe L, Fouque D, Kalantar-Zadeh K. Kidney cachexia or protein-energy wasting in chronic kidney disease: facts and numbers. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019 Jun;10(3):479-84.
2. Ikizler TA, Burrows JD, Byham-Gray L, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W, et al. KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. *Am J Kidney Dis*. 2020;76(3 Suppl 1):S1-S107.
3. Soysal P, Hurst C, Demurtas J, Firth J, Howden R, Yang L, et al. Handgrip strength and health outcomes: umbrella review of systematic reviews with meta-analyses of observational studies. *J Sport Health Sci*. 2020 Jun;19:30075-82.
4. Leal VO, Mafra D, Fouque D, Anjos LA. Use of handgrip strength in the assessment of muscle function of chronic kidney disease patients on dialysis: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*. 2011 Abr;26(4):1354-60.
5. Hwang SH, Lee DH, Min J, Jeon JY. Handgrip strength as a predictor of all-cause mortality in patients with Chronic Kidney Disease undergoing dialysis: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Ren Nutr*. 2019 Nov;29(6):471-9.
6. Sostisso CF, Olikszechen M, Sato MN, Oliveira MASC, Karam S. Handgrip strength as an instrument to assessing the risk of malnutrition and inflammation in hemodialysis patients. *Braz J Nephrol*. 2020 Jul 15; [Epub ahead of print]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2019-0177>
7. Lopes MB, Silva LF, Dantas MA, Matos CM, Lopes GB, Lopes AA. Sex-age-specific handgrip strength and mortality in an incident hemodialysis cohort: the risk explained by nutrition and comorbidities. *Int J Artif Organs*. 2018 Dec;41(12):825-32.
8. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Aging*. 2019 Jan;48(1):16-31.
9. Lee SH, Gong HS. Measurement and interpretation of handgrip strength for research on sarcopenia and osteoporosis. *J Bone Metab*. 2020 Mai;27(2):85-96.