

Avaliação Clínica do Idoso

Estabelecido em: 20/01/2014

Responsáveis / Unidade

Celso Campos – Médico | CSSI
Leda Maria Lisboa – Médica | CCPC - DIRASS
Ricardo Felipe Ferraz Westin – Médico | CSSF

Colaboradores

Tiago Sávio Moreira Possas – Fisioterapeuta | DIRASS

Validadores

Unidades do Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso

Este documento é uma complementação do Protocolo Clínico 024 do Caderno de Protocolos Clínicos da FHEMIG – volume I. Nessa primeira parte, a ênfase foi dada ao processo de reabilitação dos pacientes internados nestas instituições de longa permanência, a maioria deles provenientes das colônias de hansenianos, onde as morbidades funcionais mesmo quando não acarretam risco de vida, afetam profundamente a autonomia e qualidade de vida daqueles idosos.

Nesta segunda parte, a ênfase é dada aos problemas clínicos. De competência dos profissionais médicos e de enfermagem, este protocolo visa normatizar, ponderar e orientar as condutas clínicas a serem tomadas. Este grupo de pacientes é caracterizado pela incidência frequente de duas ou mais doenças concomitantes, o que pode alterar a ordem cronológica da propedêutica e início da terapêutica. Os tratamentos podem então resultar diferente daqueles estabelecidos quando as patologias são avaliadas de maneira isolada.

Embora as evidências de como fundamentar as decisões nos pacientes com comorbidades sejam limitadas, uma revisão sistemática de dez estudos mostrou tendências de melhora na aderência à medicação e melhora nas prescrições quando leva em consideração todas as patologias e problemas existentes.

Certificar-se que o paciente tem conhecimentos suficientes dos seus problemas e doenças é fator primordial para definir metas e diferenças do seu ponto de vista. Esta postura ajuda o profissional a encarar os desafios de estabelecer prioridades nas recomendações conflitantes, nas demandas competitivas que acontecem ao longo da propedêutica e terapêutica orientadas pelos vários especialistas que assistem estes pacientes. O envolvimento do próprio paciente ajuda até mesmo suprir parcialmente a falta de evidências científicas destas questões. Portanto, incluir efetivamente o paciente nesta conduta é da maior importância, já que representa o seu desejo e sua avaliação de como a doença/problema interfere com a sua qualidade de vida e qual deve ser o alvo inicial (2). Lembrar sempre que esta hierarquia não é estável, ao contrário, muda ao sabor da estabilização ou agudização das morbidades presentes em determinado indivíduo, e sempre considerar "Os Gigantes da Geriatria", pois eles são marcadores de dependência ou auto suficiência. Enfim, da qualidade de vida do idoso.

Como citado pelo corpo clínico de uma das unidades das FHEMIG, *"A realidade da Casa de Saúde (...) é uma verdadeira interface com o envelhecimento, já que nosso público é iminentemente geriátrico e, assim, nosso foco desloca-se da intervenção aguda e doença-específico para o cuidado de longo prazo, que deve ser contínuo e multidisciplinar. E como o envelhecimento é um constructo de vulnerabilidade + variabilidade + irreversibilidade, a avaliação do nosso idoso deve ser individualizada e dentro de um modelo multidimensional, resultando em um 'plano terapêutico individual'."*

OBJETIVOS

- Levantar problemas clínicos de competência do profissional médico, aplicando os questionários e tabelas definidos;
- Definir propedêutica necessária;
- Definir tratamentos a serem instituídos;
- Definir interconsultas necessárias ao final desta avaliação;
- Hierarquizar as propedêuticas e as terapêuticas do ponto de vista do clínico ou geriatra, incluindo também a visão do paciente.

SIGLAS

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HBV: Vírus da Hepatite B

USPSTF: United State Preventive Service Task Force (Força tarefa em Serviços de Saúde dos Estados Unidos)

IECA: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina

PSA: Antígeno Específico da Próstata

AVDB: Atividades da Vida Diária Básicas

AVDI: Atividades da Vida Diária Instrumentais

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Médico clínico;
- Médico geriatra;
- Médicos especialistas conforme demanda;
- Enfermeiro e técnico de enfermagem;
- Fisioterapeuta.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Os pacientes devem ser avaliados pelo médico clínico ou geriatra e enfermeiro, segundo o protocolo;
- Aplicar as diversas escalas e tabelas anexadas quando aplicáveis ao caso;
- Definir diagnósticos;
- Definir propedêutica;
- Definir terapêutica;
- Esclarecer prioridade terapêutica e propedêutica de acordo com metas e percepções do médico, incluindo também a avaliação do próprio paciente.

IDENTIFICAÇÃO

Data:	Nº Cartão SUS:			
Nome completo:				
DN:	Cor:	Estado Civil:	Sexo:	Profissão:
Aposentado: ()Sim ()Não		Informante:		Parentesco:
Cuidador:				Parentesco:

ANAMNESE

Queixa principal e história clínica:			
História pregressa:			
Doenças anteriores:			
Cirurgias:			
Internações:			
Doenças ou acidentes do trabalho:			
Presença de alergias e/ou intolerâncias:			
Uso de órteses/próteses:			
Consultas de rotina últimos 6 meses		Consultas de Urgência últimos 6 meses	
Nº	Diagnósticos:	Nº	Diagnósticos:

Vacinação

Vacina(s) em dia	Vacina(s) atrasada(s)						
Atividades cotidianas (descrever):							
Atividade física:							
Tabagismo: tipo, quantidade, frequência e duração:							
Uso de álcool: tipo, quantidade, frequência e duração:							
Uso de medicamentos psicoativos sem indicação médica: nome, quantidade e frequência:							
Uso de substâncias ilícitas - Sim () Não () – Citar:							
Tempo de uso:	Quantidade:						
	Frequência:						
Tratamentos realizados para abuso de álcool e drogas:							
Sexualidade:							
Sono e outros hábitos:							
Direção veicular: Sim () Não () Motivo:							
Medicamentos em uso							
NOME	DOSE	TEMPO DE USO	INDICAÇÃO MÉDICA/DOENÇA				
Hipersensibilidade ou intolerância:							
Dados vitais e antropométricos							
Peso:	Kg	PA (de pé)	mmHg	IMC:	Tax:	°C	
Altura:	m	PA (deitado)	mmHg	FC:	bpm	FR:	irpm

Observações do enfermeiro:

EXAME MÉDICO

Geral, tireóide, linfadenomegalias:

Pele e anexos e úlcera de pressão:

Aparelho cardiovascular:

Aparelho respiratório:

Aparelho digestivo:

Aparelho genito-urinário:

Sistema nervoso:

Sistema músculo esquelético:

Otoscopia:

Impressão diagnóstica/tratamento medicamentoso

Diagnóstico clínico:

Diagnóstico funcional/nível de dependência - **ver informações do Protocolo Clínico 024**

CONDUTA

Cinco princípios guiam a conduta na multimorbidade:

- A. Incluir as preferências e metas dos pacientes na sua decisão clínica;
- B. Reconhecer a limitação da medicina baseada em evidências na interpretação e aplicação aos pacientes idosos com comorbidades, já que eles geralmente são excluídos dos grandes trials exatamente pela presença de comorbidades;
- C. Norteie o seu gerenciamento destes casos, levando em consideração: riscos e benefícios possíveis dos exames e das inter-consultas, o prognóstico do paciente, incluindo expectativa de vida, estado funcional e sua qualidade de vida;
- D. Considere a complexidade e dificuldade operacional dos seus pedidos;
- E. Escolha terapias que otimize os benefícios, minimize a agressão e promova melhorias na qualidade de vida (3).

OBS.: Ver **Anexo III** do protocolo para informações e recomendações já definidas ou bem encaminhadas, dirigidas a esta população de idosos com comorbidades, que podem auxiliar na sua tomada de decisão.

Exames Solicitados

DATA	EXAME	JUSTIFICATIVA	DATA MARCAÇÃO	DATA REALIZAÇÃO

Interconsultas Solicitadas

DATA	ESPECIALIDADE	JUSTIFICATIVA	DATA MARCAÇÃO	DATA REALIZAÇÃO

Problemas mais impactantes detectados - Propostas e Intervenções (4)

Problema Identificado	Intervenção Proposta
1. Dependência nas atividades de vida diária	Referir ao protocolo 024.
2. Presença de déficit cognitivo e/ou do humor	<ul style="list-style-type: none"> Definir diagnóstico de incapacidade cognitiva e diferenciar demência, depressão, delirium e doença mental; Referir para tabelas do protocolo 24: minimal, depressão geriátrica e inventário neuropsiquiátrico.
Suspeita de demência	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para o geriatra/neurologista.
Suspeita de depressão	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar tratamento antidepressivo. Casos mais graves ou risco de suicídio, encaminhar para o psiquiatra ou geriatra.
Delirium	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para urgência.
Doença Mental	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para avaliação na Saúde Mental (psiquiatra, psicólogo).
3. Presença de instabilidade postural	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação clínica e neurológica global; Implementação do protocolo de prevenção de quedas (enfermeiro, fisioterapeuta); Avaliação e tratamento da osteoporose (densitometria óssea); Avaliação ambiental.
4. Imobilidade	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar causa; Reabilitação; Implementação do protocolo para o idoso acamado (cuidados

	com idoso acamado).
5. Incapacidade comunicativa	Neurologia/fonoaudiologia/psicologia.
Redução da visão	• Avaliação oftalmológica.
Redução da audição Anexo II	• Avaliação otorrinolaringológica / fonoaudiológica / protetização.
Alteração da fala	• Fonoaudiologia - protocolo 024.
6. Incontinência urinária	• Avaliar causa; • Afastar diurético, se possível; • Propedêutica uroginecológica; • Implementar tratamento farmacológico, fisioterápico e/ou cirúrgico.
7. Emagrecimento recente	• Avaliação clínica global; • Avaliação nutricional (nutricionista) – protocolo 024.
8. Alteração na saúde bucal	• Ver protocolo 024.
9. Polipatologia / Polifarmácia	• Avaliação clínica e gerenciamento das comorbidades; • Avaliação de interação medicamentosa droga-droga e droga-doença; • Suspensão de drogas "fúteis"; • Priorização de ações.
10. Ausência de suporte social e/ou familiar	• Avaliação do serviço social - ver protocolo 024.

Plano terapêutico individualizado:

Data:

Assinatura / CRM

ITENS DE CONTROLE

- Número total de pacientes nos quais foram aplicados o protocolo / número total de pacientes asilares x 100;
- Número de pacientes indicados para exame especializados / Número de pacientes nos quais foram aplicados o protocolo x 100;
- Número de pacientes com exames realizados / Número de pacientes indicados para exame especializados x 100.

REFERÊNCIAS

1. Fried TR, Tinetti ME, Iannone I. Primary care clinician's experiences with treatment decision making for older people with multiple conditions. *Arch Intern Med* 2011;171:15.
2. Belcher VN, Fried TR, Agostini JV, Tinetti ME. Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *J Gen Intern Med* 2006; 21:298–303.
3. Guiding Principles for the care of older adults with comorbidity: an approach for clinicians. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults With Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: E1.
4. PROGRAMA MAIS VIDA (Secretaria de Estado de Saude-Minas Gerais) , 2009.
5. United States Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/adultrec.htm>.
6. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSO (Hospital das Clinicas da UFMG-Nucleo de Geriatria e Gerontologia).
7. Uijen AA, van de Linsdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 Suppl 1:28.
8. Brown AF, Mangione CM, Saliba D et al. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Society* 2003; 51:S265.
9. Whitson HE, Steinhauer K, Ammarell N, et al. Categorizing the effect of comorbidity: a quality study of individuals' experiences in a low-vision rehabilitation program. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 1802.
10. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Am Pract* 2000;49: 796.
11. Walter LC, Lewis CL, Barton M. Screening for colorectal, breast and cervical cancer in the elderly: a review of the evidence. *Am J Med* 2005;118:1078.
12. UpToDate: Managing multiple comorbidities. Heather E Whitson, MD, MHS and Cynthia M. Boyd. MD, MPH in www.uptodate.com 2013.

ANEXO I

Teste nº 1 - CAGE

Indicação: Idoso com história positiva de alcoolismo.

Perguntas

- a) Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool (Cut dow)?
- b) Alguém já o criticou pelo ato de beber (Any)?
- c) Sente-se culpado (Guilty) por beber?
- d) Costuma beber logo pela manhã (Eye-opener)?

Score: teste positivo para dependência de álcool com 2 respostas afirmativas.

ANEXO II

Teste nº. 2 - Deficiência Auditiva – Teste do sussurro

Deficiência auditiva: () Sim () Não

Teste do sussurro (60 cm de cada ouvido) () Positivo () Negativo

Dificuldade para conversação com 3 ou mais pessoas () Sim () Não

Otoscopia:

ANEXO III

Condutas Clínicas modificadas pela concomitância de duas ou mais patologias

- A. Pacientes com infarto do miocárdio e com DPOC: deve ser tentado a introdução de beta bloqueadores, POIS EMBORA COM RISCOS DE PIORA DO DPOC, VÁRIOS DESTES PACIENTES TOLERAM bem os betabloqueadores e eles tem benefício bem definido no pós-IAM;
- B. No grupo de diabéticos muito idosos a meta de hemoglobina A1c é de 8%, pois a expectativa de vida é baixa e diminuem os benefícios de um controle rígido. Também neste grupo está a maioria dos pacientes com risco de hipoglicemia (baixa ingestão por baixa oferta, por distúrbios digestivos por presença mais frequente de náuseas e hiporexia), cuja ocorrência pode ser mais grave do que a hiperglicemia;

- C. Ao prescrever insulina, avaliar a capacidade do paciente de se automedicar ou a eficiência do seu cuidador nesta tarefa;
- D. Naqueles pacientes com comorbidades é maior o risco de hipoglicemia, então os agentes hipoglicemiantes orais tem de ser de curta ação (metformina ou repaglinida);
- E. Os benefícios da monitorização diária da glicose neste grupo são bem menos claros do que nos outros grupos de diabéticos, já que os benefícios a longo prazo costumam ser menores;
- F. Quando da introdução de medicamentos do grupo IECA, os eletrólitos e a função renal devem ser mensurados uma a duas semanas depois do início dos mesmos, pelo risco maior de complicações.

Condutas definidas como benéficas a partir dos estudos e estatísticas da “United State Preventive Services Task Force” (5).

Neste item estão as recomendações que a USPSTF conclui com tendo evidências suficientes para serem recomendadas:

- a) Mamografia bianual de rastreamento para mulheres entre 50 e 74 anos;
- b) Rastreamento para câncer cervical com citologia para mulheres entre 21 a 65anos a cada 3 anos;
- c) Rastreamento de câncer colorretal com sangue oculto nas fezes, retosigmoidoscopia ou colonoscopia em adultos de 50 a 75 anos;
- d) Pergunta sempre que atender o paciente sobre uso de tabaco e sempre que possível prover intervenções para cessação do o uso do mesmo;
- e) Uso de ultrassonografia para rastreamento de aneurisma de aorta abdominal em homens;
- f) Fumantes de 65 a 75 anos que seja ou tenha sido tabagista;
- g) Rastreamento para hipertensão arterial para adultos maiores de 18 anos;
- h) Rastreamento de diabetes mellitus tipo II em adultos assintomáticos com PA>135/80;
- i) Rastreamento para HIV em adulto e adolescentes em risco aumentado;
- j) Rastreamento para sífilis em pessoas com risco aumentado;
- k) Triagem e aconselhamento comportamental para abuso de álcool;
- l) Triagem para depressão em adultos quando houver possibilidade de tratamento e seguimento eficaz;
- m) Rastreamento para osteoporose em mulheres a partir dos 65 anos;

A USPSTF não recomenda

- a) Ensinar o auto exame das mamas (as paciente muitas vezes tendem a não realizar a mamografia quando não detectam alterações no auto exame);
- b) Rastreamento de câncer colorretal em adultos de 75 a 85 anos (a não ser em casos individuais) ou em maiores de 85 anos;
- c) Rastreamento de câncer de ovário em mulheres;
- d) Rastreamento de câncer de pâncreas em adultos assintomáticos;
- e) Rastreamento de casos de câncer baseado em PSA;

- f) Rastreamento de câncer de testículos em adolescentes e adultos;
- g) Rastreamento de rotina para aneurisma de aorta em mulheres;
- h) Rastreamento para estenose de artéria carótida em população assintomática;
- i) Rastreamento rotineiro para população em geral assintomática p/ infecção pelo HBV;
- j) Rastreamento de DPOC em adultos usando espirometria;
- k) Uso de estrógenos conjugados com progestágenos para prevenção de condições crônicas.

ANEXO IV

Sugerimos que ao solicitar um exame ou prescrever um tratamento agressivo ou restritivo, avalie os seguintes itens:

- Qual a importância relativa do problema investigado na qualidade de vida do seu paciente?
- Você tem uma avaliação aproximada do tempo provável de sobrevivência do seu paciente?
- Se o exame solicitado confirmar a sua suspeita diagnóstica, haverá mudança na conduta?
- A doença/problema suscitado é tratável clinicamente ou necessita de cirurgias? A cirurgia necessária seria indicada neste paciente?
- Qual o impacto do tratamento com resultado positivo na qualidade de vida do seu paciente?
- Acha que tem dados para fazer uma razoável avaliação da relação custo (incluindo principalmente o sacrifício para o paciente) X benefício do exame ou tratamento prescrito?

Resultados de exames

Rastreamento de câncer

Mamografia			Retossigmoidoscopia			
Citologia cérvix uterino			Colonoscopia			
US pélvico			PSA total			
Sangue oculto fecal			PSA livre			

Doenças endócrino-metabólicas

T.S.H.			Fosfatase alcalina			
T4 livre			TGO-TGP			
Glicemia de jejum			Ácido úrico			
Glicemia pós-prandial			Vitamina B12			
Glicohemoglobina			Ácido fólico			
Colesterol total			Albumina			
HDL-C			Globulinas			
LDL-C			25-OH-D			
VLDL-C			Uréia			
Triglicérides			Creatinina			
Magnésio			Clearance creatinina			
Sódio			Urina rotina			
Potássio			Rel. alb/creat. urinária			
Cloro			Microalbuminúria			
Cálcio						
Fósforo						

Radiologia/ Outros

RX tórax				ECG		
----------	--	--	--	-----	--	--

Densitometria óssea

Score T	Fêmur			Score Z	Fêmur		
	Vértebra				Vértebra		

Hemograma

Hemoglobina		
Hemácias		
Hematócrito		
VCM		
CHCM		
RDW		
Leucócitos		
Global		
Neutrófilos		

Linfócitos		
Eosinófilos		
Monócitos		
Basófilos		
Plaquetas		
PTT		
RNI		
Outras:		

