

Faculdade de Medicina  
da Universidade de Coimbra

# Relatório de Estágio

Ana Filipa Gabriel de Carvalho

Relatório de estágio na área de Geriatria orientado pelo Professor Doutor Luiz Santiago

Maio de 2020



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA



## Agradecimentos

---

Ao Professor Doutor Luiz Santiago por ter aceite a orientação;

À Dra. Sofia Duque por ter supervisionado o estágio, pela motivação, interesse e capacidade pedagógica ímpar;

À Rita, Cláudio, Tânia e Teresa por me fazerem sentir como um elemento da equipa;

Aos restantes profissionais do serviço pela integração e partilha de conhecimentos;

Aos elementos das equipas da USF Novo Mirante e da UCC Saúde a Seu Lado que mantiveram os cuidados aos utentes na minha ausência;

À minha família pelo incentivo constante para continuar.

## Resumo

---

**Resumo:** **Introdução:** O presente relatório de actividades descreve as actividades desenvolvidas no estágio prático de geriatria numa unidade de Ortogeriatrics num hospital na área metropolitana de Lisboa. Teve duração de quatrocentas horas e decorreu em contexto de internamento e de consulta externa. **Objectivos:** Os principais objetivos para o estágio foram aprender e aplicar corretamente a avaliação geriátrica global e as escalas de avaliação geriátrica; trabalhar as capacidades de diagnóstico e intervenção para as principais síndromes geriátricas e de gestão da multimorbilidade; implementar plano de intervenção multidisciplinar para prevenção, tratamento, manutenção ou reabilitação do doente geriátrico. **Métodos:** As actividades desenvolvidas consistiram no acompanhamento diário de doentes internados na unidade de Ortogeriatrics, no acompanhamento dos doentes vigiados em consulta de geriatria e participação nas reuniões de equipa. **Resultados:** O principal motivo de internamento dos doentes acompanhados foi fractura da extremidade proximal do fémur. Os doentes mantinham acompanhamento na consulta após a alta do internamento. Foi praticada a realização da avaliação geriátrica global, aplicação de escalas de avaliação geriátrica, construção de planos de cuidados individualizados e integrados, bem como intervenção na vertente da desprescrição. **Conclusão:** No final do estágio considera-se que as actividades realizadas ao longo do tempo de estágio permitiram que todos os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos.

## Abstract

---

**Introduction:** This activity report describes the events carried out in the practical internship in geriatrics at an Orthopedics unit in a hospital in the metropolitan area of Lisbon. It lasted four hundred hours and took place in the orthogeriatric inpatient ward and external appointments. **Objectives:** The main objectives for the internship were to learn and correctly apply the global geriatric assessment and the geriatric assessment scales; work on diagnostic and intervention skills for the main geriatric and multimorbidity management syndromes; implement a multidisciplinary intervention plan for the prevention, treatment, maintenance or rehabilitation of the geriatric patient. **Methods:** The activities carried out were daily monitoring of patients admitted to the Orthopedics unit, monitoring patients in the outpatient setting and participating in team meetings. **Results:** The main reason for hospital stay was proximal femoral fracture. Patients were followed up at the appointments after discharge from the hospital. Global geriatric assessment was carried out, geriatric assessment scales were applied, individualized and integrated care plans were made, as well as description protocols. **Conclusion:** At the end of the internship, it is considered that the activities carried out during the internship allowed that all the objectives initially proposed were fulfilled.

# Índice

---

Agradecimentos .....	3
Resumo .....	4
Abstract.....	4
Índice .....	6
Introdução .....	7
Enquadramento teórico.....	9
Descrição do campo de estágio.....	12
Actividades desenvolvidas .....	15
Trabalhos realizados.....	25
Discussão .....	26
Conclusão.....	27
Bibliografia .....	28
Anexos .....	30

## Índice de figuras

---

Figura 1 - Distribuição diária das actividades .....	13
--	----

## Índice de tabelas

---

Tabela I – Avaliação inicial dos doentes internados .....	19
Tabela II – Índice de comorbilidade de Charlson nos doentes internados.....	20
Tabela III – Frequência das patologias mais frequentes nos doentes internados.....	20
Tabela IV – Intercorrências durante o internamento .....	21
Tabela V – Classe farmacológica dos fármacos mais despescritos .....	21
Tabela VI – Problemas de saúde mais prevalentes nos doentes observados na consulta .....	23
Tabela VII – Índice de comorbilidade de Charlson nos doentes observados em consulta .....	24

## Índice de gráficos

---

Gráfico 1 – Distribuição dos doentes internados por sexo e grupo etário .....	18
Gráfico 2 - Distribuição dos doentes observados em consulta por sexo e grupo etário .....	23

## Introdução

---

O presente relatório de actividades é referente ao estágio de Geriatria, que decorreu no âmbito da unidade curricular do 2º ano do mestrado em Geriatria. Este estágio prático, que totalizou 400 horas, decorreu entre 26/08/2019 e 30/08/2019 e entre 16/01/2020 e 13/03/2020, na unidade de Ortogeriatria do Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. O estágio decorreu com a supervisão da Dra. Sofia Duque e orientação do Prof. Doutor Luiz Santiago.

Com a realização do estágio pretendia-se a aquisição de competências e aplicação prática do aprendido na formação teórica, com vista a aquisição da competência de Geriatria. Os principais objectivos, definidos previamente foram:

- conhecimento e aplicação da avaliação geriátrica global;
- aplicação de escalas de avaliação geriátrica;
- desenvolvimento de competência de diagnóstico e intervenção dirigida às principais síndromes geriátricas;
- desenvolvimento de competência de gestão da multimorbilidade;
- capacitação de priorização dos problemas de saúde do doente idoso;
- desenvolvimento de capacidade de elaboração de plano de intervenção multidisciplinar para prevenção, tratamento, manutenção ou reabilitação;
- treino de competências de trabalho no seio da equipa interdisciplinar.

Este relatório, reflecte as actividades desenvolvidas ao longo do estágio, com vista a concretização dos objectivos identificados. O presente documento está dividido em 6 secções. A esta Introdução segue-se a secção Enquadramento teórico, onde é feita uma breve revisão de alguns conceitos fundamentais para enquadrar o estágio; segue-se Planeamento e organização onde se descreve o campo de estágio; na secção Actividades desenvolvidas são descritas as actividades participadas durante o estágio; segue-se um Comentário em que é feita uma análise crítica do previamente descrito e termina com a Conclusão, onde é feita uma síntese do documento.



## Enquadramento teórico

---

A fractura proximal do fémur afecta um número importante de idosos. Em Portugal estima-se uma média de onze mil casos anuais, com tendência a aumentar. A fractura proximal do fémur é um evento que está associado a morbimortalidade importantes, com estudos a referirem cerca de 25% de óbitos no primeiro ano após a fractura, e percentagens superiores de mobilidade comprometida ao final de um ano. A osteoporose e o risco de quedas aumentado são os principais contribuintes para este tipo de fracturas. As quedas são das síndromes geriátricas com impacto mais grave nos idosos, sendo considerado um problema de saúde pública.

Várias sociedades médicas recomendam que os doentes idosos com fracturas de fragilidade sejam acompanhados em unidades com apoio ortogeriátrico. A cogestão entre as especialidades de Ortopedia e Medicina Interna aparenta ter benefícios em diversos indicadores, em oposição ao modelo tradicional de consultadoria. O tratamento é complexo não só pelos riscos inerentes ao internamento e intervenção cirúrgica, mas também pela complexidade do doente idoso. A fragilidade, a multimorbilidade estão frequentemente presentes. O doente idoso com fractura do colo do fémur é o paradigma do idoso frágil, o que justifica aplicar a metodologia da Geriatria com benefício para o doente – menor mortalidade, menos tempo de espera pela cirurgia, menor declínio funcional e cognitivo.

A fragilidade traduz-se por um estado de vulnerabilidade que implica um risco aumentado de complicações. Embora existam diferentes propostas de critérios para diagnosticar fragilidade podemos defini-la como síndrome caracterizada pelo declínio da reserva fisiológica e da resistência a eventos agressores, devido ao declínio progressivo e cumulativo da função dos vários órgãos e sistemas, causando vulnerabilidade a eventos adversos.

O conceito de multimorbilidade foi definido pela European General Practice Research Network, e posteriormente traduzido para português como “qualquer combinação de uma doença crónica com pelo menos uma outra doença (aguda ou crónica), ou com um fator biopsicossocial (associado ou não), ou com um fator de risco somático”. O impacto das comorbilidades no estado de saúde de cada indivíduo não é igual, e concorrem com outros factores para a complexidade do doente idoso. Ainda assim há diversas tentativas de caracterizar a multimorbilidade seja pela contagem dos diagnósticos, seja pela aplicação

de índices através de atribuição de pontuação específica a determinadas patologias como por exemplo o Índice de Charlson ou o Cumulative Index Illness Rating Scale que tem demonstrado correlação com prognóstico.

Uma das intervenções centrais da Geriatria é a realização da avaliação geriátrica global. A avaliação geriátrica global é uma avaliação multidisciplinar do idoso em vários níveis – físico mental, funcional e social. É um ponto de partida para delinear plano de intervenção adequado às necessidades individuais. Um dos componentes desta intervenção é a revisão terapêutica. Esta revisão deve incluir a revisão da indicação dos fármacos, investigação de eventuais reacções adversas e interacções, e poderá incluir a aplicação de algumas ferramentas de auxílio à prescrição em idosos como Critérios de Beers ou critérios STOPP/START e à identificação dos medicamentos potencialmente inapropriados, isto é fármacos a evitar seja pela falta de eficácia, seja pelos riscos de efeitos danosos.

Existem vários instrumentos de medida utilizados na avaliação geriátrica global, por exemplo:

- Instrumentos de avaliação das actividades de vida diária
  - Índice de Lawton- Brody – avalia a dependência na realização das actividades instrumentais, composto por 8 itens (usar telefone, fazer compras, preparar alimentação, lida da casa, lavar roupa, usar transportes, preparar medicação e gerir dinheiro);
  - Índice de Barthel – avalia a dependência na realização de 10 actividades básicas (comer, higiene, uso de sanitários, tomar banho, vestir controlo de esfíncteres deambular, transferências e utilização de escadas);
- Instrumentos de avaliação da marcha
  - Classificação Funcional da Marcha de Holden – classifica a marcha em 6 categorias de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessária;
- Instrumentos de avaliação cognitiva
  - Escala de deterioração global – escala que permite classificar em 7 estadios o grau de declínio cognitivo;
  - Mini Mental State Examination - teste de rastreio de défice cognitivo/demência;
- Instrumentos de avaliação nutricional
  - Mini Nutritional Assessment – Short form – através de 6 questões de triagem, permite detectar a presença ou o risco de malnutrição no idoso.

A intervenção médica apenas completa o seu objectivo quando integrada no seio de uma equipa multidisciplinar, tendo no centro o doente e não a doença, privilegiando sempre a manutenção da funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa, respeitando os interesses do idoso. Neste contexto faz sentido a participação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de intervenção social, farmacêuticos e nutricionistas nos cuidados ao doente geriátrico.

Também a integração e continuação de cuidados se dota de especial importância nestes doentes, sendo que a transição de níveis de cuidados é uma momento chave em termos de segurança do doente, onde a comunicação clara e partilha de informação adequada são essenciais.

## Descrição do campo de estágio

---

### Caracterização do local de estágio

O estágio decorreu na Unidade de Ortogeriatria do Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Esta unidade resulta de uma sinergia entre o Serviço de Medicina Interna, direcção do Dr. Luís Campos e o Serviço de Ortopedia que conta com a direcção do Professor Doutor Guimarães Consciência, apoiada ainda por serviços de apoio e com a colaboração do serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Trata-se de um modelo de cogestão entre a medicina interna e a ortopedia. Nesta unidade são prestados cuidados sistemáticos aos doentes internados com mais de 65 anos e que tenham sofrido fractura da extremidade proximal do fémur. A equipa presta ainda consultadoria a doentes internados com outra patologia ortopédica, sempre que a equipa de ortopedia solicita por descompensação de patologia médica. A grande maioria dos doentes referenciados são idosos frágeis. O acompanhamento após a alta é mantido através de consulta externa

A unidade é dirigida pela Dra. Sofia Duque. Para além das duas médicas especialistas em medicina interna com treino em Geriatria, colaboram outros elementos. A equipa participa na formação pré e pós graduada, havendo durante o período em que decorreu o estágio um interno da especialidade de medicina interna no 2º ano, uma interna de oncologia médica do 1º ano, um interno de formação geral, um aluno do 6º ano e dois alunos do 4º ano da Faculdade de Ciências Médicas e ainda duas especialistas em medicina geral e familiar, a participar nas actividades da equipa na enfermaria. Fazem ainda parte dos recursos humanos essenciais ao bom funcionamento da unidade a equipa de enfermagem do serviço de ortopedia, auxiliares de acção médica e administrativos do serviço de Ortopedia. Para além da estreita relação com as equipas médicas de ortopedia, é também essencial ao bom funcionamento da unidade a articulação diária com elementos do Serviço de Nutrição, Serviço Social, Serviço de Medicina Física e Reabilitação e Serviços Farmacêuticos.

O seguimento dos doentes após o internamento é feito em consulta externa. A consulta de Geriatria decorre semanalmente, e a periodicidade das mesmas é definida de acordo com as especificidades de cada doente.

## Gestão de tempo

Ao longo dos meses de estágio, o horário padrão está representado na Figura 1, foi sendo adaptado conforme as actividades a decorrer no serviço, por forma a garantir um aproveitamento das actividades mais importantes para minha formação.

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	
09:00	Internamento	Reunião serviço Medicina	Internamento	Internamento	Reunião formativa Serviço de Medicina	
10:00		Reunião serviço Ortopedia			Consulta	Internamento
11:00		Internamento				
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						
16:00						
17:00						
18:00						
19:00						

Figura 1 - Distribuição diária das actividades

## Metodologias de tratamento da informação

Para elaborar este relatório de estágio, foi construída uma base de dados onde foram registados os dados relativos aos doentes acompanhados. Procurou-se registar informação no decorrer do estágio, completando informação posteriormente através da consulta do processo electrónico dos doentes acompanhados. Para os doentes internados foram considerados os seguintes dados: idade, sexo, motivo de internamento e duração, situação do doente previamente ao internamento – residência, pontuações de escalas valorizadas na avaliação geriátrica global - actividades básicas de vida diária, actividades instrumentais de vida diária, capacidade de marcha, estado cognitivo, estado nutricional,

antecedentes pessoais, intercorrências durante o internamento, fármacos prévios e à data de alta, e destino após alta. Para os doentes observados em consulta, foram registados idade, sexo, motivo de acompanhamento, tempo decorrido desde alta, problemas médicos e fármacos. A referir que por limitações no contexto da pandemia a COVID-19 não foi possível completar alguns elementos, optou-se pela exclusão de informação incompleta ou não representativa do observado.

## Actividades desenvolvidas

---

### Internamento

A integração na equipa foi uma constante desde o início do estágio, participando diariamente nas rotinas de acompanhamento dos doentes da unidade. As diferentes tarefas foram realizadas com um grau de autonomia crescente, e com possibilidade de discussão com vista à aprendizagem.

Os doentes eram internados a partir do serviço de urgência, permaneciam na enfermaria até intervenção cirúrgica e após a cirurgia os doentes permaneciam por um período variável na unidade de cuidados intermédios, transitando quando não careciam de vigilância tão frequente para quartos na enfermaria. De forma sucinta, o acompanhamento dos utentes seguia os seguintes passos

1. Observação e avaliação inicial, contemplando uma avaliação geriátrica global
  - a. Obtenção de história clínica, com enfoque nos antecedentes pessoais médicos, medicação habitual, limitações sensoriais;
  - b. Estado prévio a queda em relação as actividades básicas e instrumentais de vida diárias, marcha, capacidade cognitiva, diário alimentar e estado nutricional;
  - c. Caracterização de aspectos sociodemográficos, com identificação de rede de suporte familiar e social, condições de habitação incluindo identificação de barreiras à mobilidade e de predisponentes a quedas;
  - d. Identificação de factores desencadeantes da queda, com prescrição de exames complementares se suspeita de patologia aguda ou tratável na sua génese, bem como identificação de eventuais descompensações médicas que pudessem comprometer intervenção cirúrgica precoce;
  - e. Complemento da informação recolhida junto do doente junto dos cuidadores, agendando reunião familiar quando necessário;
  - f. Sinalização para avaliação e intervenção nutricional sempre que identificado risco de desnutrição ou quando identificados incorrecções no diário alimentar.
2. Observação e avaliação diária

- a. Para além da avaliação dos parâmetros vitais, confrontação com informação do próprio e da equipa de enfermagem e de fisioterapeutas, com o objetivo de identificar e intervir precocemente nas intercorrências pré e pós cirurgias, minimizando o seu impacto no plano de reabilitação do doente;
  - b. Procurava-se a mobilização precoce, procurando contornar limitadores desta.
3. Planeamento de alta
- a. Intervenções precoces junto do doente e dos familiares para preparação da alta, com gestão de expectativas do doente e dos cuidadores, promoção de ensinamentos pelos diferentes profissionais - ensino de exercícios, apoio nas mobilizações, orientação em relação a produtos de apoio e intervenção na prevenção de quedas;
  - b. Identificação de necessidades previsíveis após alta eram feitas numa fase muito precoce e sinalização junto do serviço social de necessidades identificadas face à nova situação de dependência;
  - c. Planeamento da alta com revisão terapêutica, suspendendo fármacos identificados como inapropriado e prescrevendo os identificados como necessários e estabelecimento de plano de reabilitação.

O processo de desprescrição inicia-se precocemente no internamento. Não foi seguido nenhum protocolo formal, mas as linhas orientadoras são as apresentadas de seguida:

- 1) Colheita de história farmacológica - Identificação de todos os fármacos, suplementos ou fitoterápicos, e qual a sua indicação, através dos dados fornecidos pelo doente, cuidadores e consulta de processo electrónico;
- 2) Avaliação do potencial de desprescrição de cada fármaco, considerando-se como possíveis fármacos a desprescrever aqueles em que se verifica
  - a. Ausência de indicação – por exemplo fármacos utilizados para patologia não confirmada, ou com indicação temporal limitada;
  - b. Potencial de risco superior ao potencial benefício – por exemplo quedas;
  - c. Para fármacos usados em prevenção, benefício escasso considerando o estado de saúde, comorbilidades e estado funcional.
- 3) Priorização dos fármacos a suspender – decisão da ordem e janela temporal do processo;
- 4) Implementação da desprescrição, avaliando os fármacos que podem ser suspensos de imediato ou que necessitam de redução progressiva. O internamento torna-se



um local privilegiado para este tipo de intervenções pois permite monitorizar sinais de agravamento clínico inesperados ou de abstinência e minimiza-los;

- 5) Registo no processo e em nota de alta o motivo de suspensão para que na transição de cuidados o plano terapêutico possa ser seguido e identificação de estratégias não farmacológicas alternativas para gestão dos problemas;
- 6) Elaboração de plano de retaguarda, nas situações justificáveis, por exemplo, na suspensão de um anti hipertensor recomendação de avaliação da pressão arterial, com indicação de quando deveria ser retomada ou quando deveria ser contactado o médico assistente;
- 7) Esclarecimento dos doentes e cuidadores, em particular no momento da alta com revisão de todo o esquema terapêutico e entrega de informação escrita com as alterações efectuadas e esquema terapêutico a manter daí em diante.

Foram acompanhados um total de 36 doentes. Quanto ao motivo de internamento, a maioria tinha fractura do fémur seguindo o protocolo habitual da unidade. Quatro doentes integraram a avaliação da equipa por serem indivíduos idosos com morbilidade importante e necessidade e acompanhamento médico, destes 2 tinham fracturas do úmero, 1 fractura de vertebrae dorsais e 1 fractura de vertebrae lombares.

Os doentes distribuíam-se por grupo etário e sexo conforme o Gráfico 1. Vinte e oito eram do sexo feminino. As idades distribuíam-se entre 70 e 101 anos, com uma média de 84 anos.

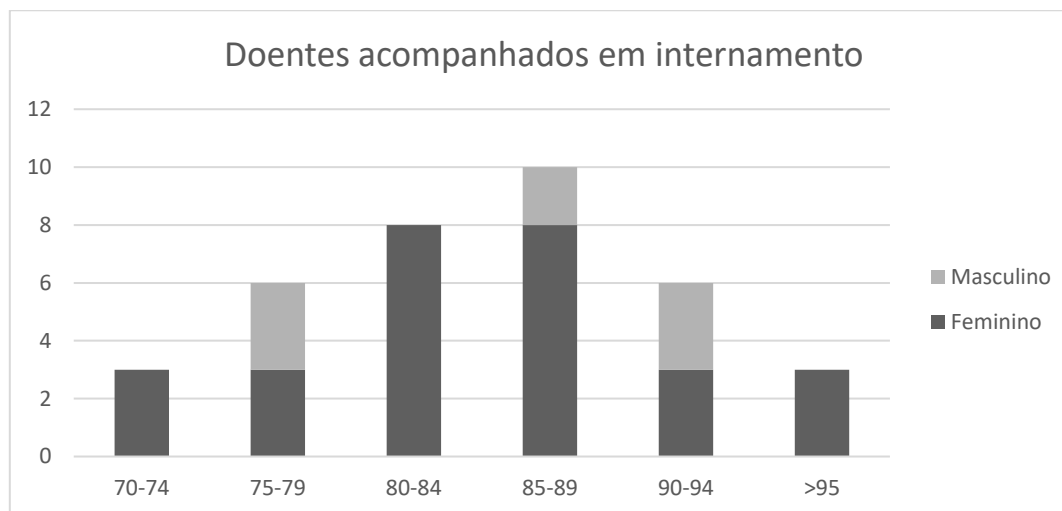


Gráfico 1 – Distribuição dos doentes internados por sexo e grupo etário

A maioria dos doentes vivia só (n=16), seguindo-se em frequência os que viviam com cônjuge (n=9), e os que residiam em estruturas residenciais para idosos (n=5). Os restantes residiam com descendentes ou outros familiares.

Foram identificadas barreiras arquitectónicas no acesso aos domicílios em 13 doentes, por exemplo escadas para entrada na habitação ou no acesso ao piso, sem alternativa de elevador.

A avaliação das actividades básicas de vida diária através do índice de Barthel, das actividades instrumentais de vida diária através do índice de Lawton-Brody, da capacidade de marcha pela classificação de Holden, do estado cognitivo pela global deterioration scale e do avaliação nutricional pela mini-nutritional assesment – short form encontra-se resumida na Tabela I.

Tabela I – Avaliação inicial dos doentes internados

	F	M	Total
<b>Índice de Barthel (0-100)</b>			
Independente (100)	7	3	<b>10</b>
Dependência ligeira (91-99)	5	1	<b>6</b>
Dependência moderada (61 a 90)	7	2	<b>12</b>
Dependência grave (21-60)	6	0	<b>6</b>
Dependência total 0-20)	3	2	<b>5</b>
<b>Escala de Lawton-Brody (0-8/0-5)<sup>1</sup></b>			
Independente (8/5)	10	3	<b>13</b>
Dependência ligeira (6-7 /4)	1	1	<b>2</b>
Dependência moderada (4-5/2-3)	1	0	<b>1</b>
Dependência grave (2-3/1)	6	3	<b>9</b>
Dependência total (0-1/0)	10	1	<b>11</b>
<b>Classificação Funcional da Marcha de Holden (0-5)</b>			
Marcha independente (5)	10	4	<b>14</b>
Marcha independente (superfície plana) (4)	9	3	<b>12</b>
Marcha dependente com supervisão (3)	4	0	<b>4</b>
Marcha dependente nível I (2)	4	1	<b>5</b>
Marcha dependente nível II (1)	1	0	<b>1</b>
Marcha ineficaz(0)	0	0	<b>0</b>
<b>Escala de deterioração global (1-7)</b>			
Estado cognitivo preservado (1)	7	4	<b>11</b>
Declínio cognitivo normal para idade (2)	6	2	<b>8</b>
Declínio cognitivo ligeiro (3)	4	2	<b>6</b>
Declínio cognitivo moderado (4)	4	0	<b>4</b>
Declínio cognitivo moderadamente grave (5)	5	0	<b>5</b>
Declínio cognitivo grave (6)	2	0	<b>2</b>
Declínio muito grave (7)	0	0	<b>0</b>
<b>Mini Nutritional Assessment – Short form (MNA-SF) (0-14)</b>			
Estado nutricional normal (12 a 14)	14	4	<b>18</b>
Risco de desnutrição (8-11)	8	1	<b>9</b>
Desnutrição (0-7)	6	3	<b>9</b>

<sup>1</sup> Pontuação máxima de 8 se do sexo feminino e 5 se sexo masculino

A breve observação da tabela I permite destacar a distribuição heterogénea dos doentes internados, em quase todos os domínios. De destaque a identificação por esta ferramenta de rastreio de metade dos doentes em estado de desnutrição ou risco de desnutrição.

Os doentes acompanhados tinham entre 2 e 15 problemas de saúde, em média 6 problemas de saúde. A aplicação do índice de Charlson distribui os doentes conforme o representado na Tabela II.

Tabela II – Índice de comorbilidade de Charlson

Pontuação	Frequência		
	F	M	Total
0	4	1	5
1	7	2	9
2	9	0	9
3	3	1	4
4	4	0	4
≥5	2	3	5

A distribuição das patologias mais frequentes encontra-se na Tabela III.

Tabela III – Frequência das patologias mais frequentes

Patologia	Frequência		
	F	M	Total
Hipertensão arterial	13	7	30
Doença osteoarticular grave	15	1	16
Dislipidemia	12	2	14
Cataratas	12	0	12
Doença neoplásica	11	1	12
Demência	8	2	10
Depressão	9	0	9
Osteoporose	8	0	8
Doença renal crónica	5	3	8
Fibrilhação auricular	6	2	8

As intercorrências mais frequentes no internamento estão detalhadas na Tabela IV.

Tabela IV – Intercorrências durante o internamento

<b>Intercorrências</b>	<b>Frequência</b>
Delirium	11
Lesão renal	10
Infecção respiratória	10
Infecção urinária	10
Desequilíbrio hidroelectrolítico	8

Não é de excluir no caso das infecções respiratórias e urinárias situações em que apesar do seu diagnóstico ter já sido admitido durante o internamento, ter estado presente previamente e podendo inclusivamente ter contribuído para o evento que levou à fractura. A anemia foi excluída da contagem por ser um achado transversal no contexto da fractura da extremidade proximal do fémur associado também às perdas durante o acto cirúrgico. Verificaram-se 3 óbitos, com as seguintes causas: Pneumonia, AVC hemorrágico, Demência avançada.

Na avaliação analítica inicial foram identificados défices vitamínicos em 30 utentes, sendo o de vitamina D o mais frequente (n=28), seguindo-se ácido fólico (n=6). Foi detectado hipotiroidismo subclínico em 3 doentes.

À entrada, os doentes estavam em média medicados com 7 fármacos, variando entre 0 e 18 fármacos. À data de alta foram desprescritos entre 1 e 7 fármacos a 33 doentes, correspondendo a uma média de 2,9 fármacos desprescritos. O resumo da intervenção está na tabela V. O número de fármacos à entrada não apresenta relação com ocorrência ou não de desprescrição. Os doentes com mais fármacos à entrada tinham em média um número mais elevado de fármacos desprescritos.

Tabela V – Classe farmacológica dos fármacos mais desprescritos

<b>Classe farmacológica</b>	<b>Frequência</b>
Antihipertensores	28 (20 utentes)
Benzodiazepinas	14
Antidepressivos	10
“suplementos”	13

A duração média do internamento foi de 22 dias, variando entre 7 e 64 dias. Quanto ao destino de alta, 18 foram para o domicílio, 6 dos quais referenciados à rede nacional de cuidados continuados integrados e 8 foram integrados em estruturas residenciais para idosos. Embora a estabilização clínica fosse um factor importante para o prolongamento dos internamentos, a alta foi protelada em muitas situações por condicionantes sociais. A agilização do apoio domiciliário ou a obtenção de vaga em outra instituição impede muitas vezes a alta precoce.

Por fim, e em relação ao estado funcional à data de alta a maioria do doente conseguia alta com marcha com andarilho.

## Consultas

As consultas decorrerem semanalmente. Embora adaptadas às especificidades de cada doente, no geral as actividades desenvolvidas nas diferentes consultas foram:

1. Preparação da consulta
  - a. Revisão da nota de alta, consultas prévias da especialidade ou outras, exames complementares realizados e prescrições recentes
  - b. Delineamento de pontos-chave de acordo com plano de cuidados prévio
2. Exploração de dados subjectiva e objectiva
  - a. Preocupação com a informação pelo próprio, valorizando as referências dos cuidadores.
  - b. Identificação de intercorrências desde a última consulta
  - c. Observação da mobilidade, cognição, controlo dos problemas médicos, aplicação de escalas tidas como necessárias, interpretação de meios complementares de diagnóstico
3. Avaliação e Plano
  - a. Redefinição dos problemas de saúde;
  - b. Revisão terapêutica. Neste ponto destaca-se o importante papel da farmacêutica que dá apoio à consulta, que elabora história farmacológica, revê interacções e necessidades de ajustes de dose, procura alternativas de simplificação de regime terapêutico;
  - c. Decisão partilhada do plano com transmissão e responsabilização do doente e cuidadores e também dirigido para a educação para a saúde.
  - d. Entrega de informação escrita, incluindo guia terapêutico com utilização de símbolos para facilitar compreensão e outras recomendações.

No decorrer do estágio foram observados 21 doentes, com idades entre 71 anos e 96 anos, média de 80,4 anos. A distribuição encontra-se no gráfico 2.

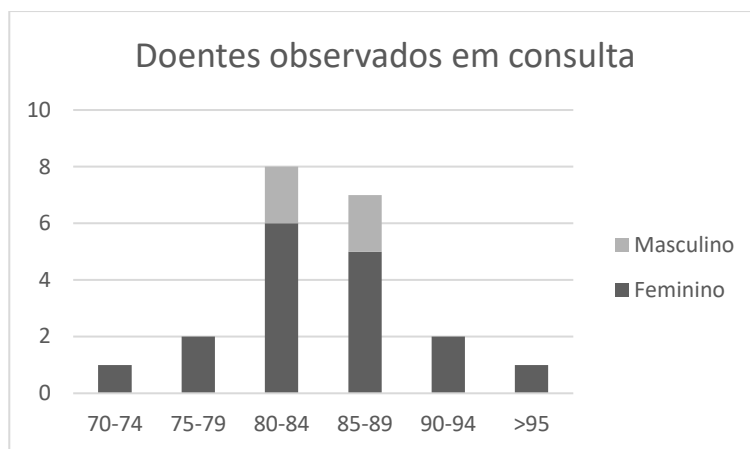


Gráfico 2 - Distribuição dos doentes observados em consulta por sexo e grupo etário

Acompanhados em consulta desde a alta do internamento em ortogeriatrics, correspondendo a um tempo entre 4 e 36 meses (média de 12 meses pós alta.)

Os doentes tinham entre 4 e 9 problemas de saúde identificados, para uma média de 6, estando os mais frequentes identificados na Tabela VI. Os resultados da aplicação do índice de Charlson encontram-se na Tabela VII.

Tabela VI – Problemas de saúde mais prevalentes nos doentes observados

Problemas de saúde	Frequência		
	F	M	Total
Hipertensão arterial	12	3	15
Dislipidemia	7	2	9
Hipotiroidismo	6	0	6
Diabetes Mellitus tipo 2	3	3	6

Tabela VII – Índice de Charlson

Pontuação	Frequência		
	F	M	total
0	5	0	5
1	4	1	5
2	6	2	8
3	0	0	0
4	2	0	2
$\geq 5$	0	1	1

Os doentes estavam medicados com entre 4 e 16 fármacos, com uma média de 8.5 fármacos por doente.

Todos os doentes observados mantiveram seguimento na consulta.



## Trabalhos realizados

---

Durante o estágio colaborei na realização de um trabalho de investigação, com o título “Desprescrição numa unidade de ortogeriatrics”. Trata-se de um estudo retrospectivo cujo principal objectivo é identificar a percentagem de doentes submetidos a desprescrição e quais as classes farmacológicas mais desprescritas (Anexo I).

## Discussão

---

A redacção deste relatório permitiu a reflexão sobre o trabalho e actividades desenvolvidas no decorrer do estágio.

Destaca-se o excelente acolhimento e a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos.

Apesar de a maioria dos doentes acompanhados ter sofrido um evento de vida semelhante, a fractura da extremidade proximal do fémur, destaco a sua heterogeneidade, o que permitiu uma grande transversalidade de aprendizagem. A realização da avaliação geriátrica global e aplicação das escalas foram um treino importante para o futuro.

Ficou patente a importância da avaliação do indivíduo como um todo, em toda a esfera biopsicossocial para a instituição de plano adequado bem como os benefícios de actuação de profissionais de diferentes áreas para se maximizarem os ganhos. Destaco a percepção que tive do papel da intervenção nutricional, uma área que é ainda muito desconsiderada quando falamos na prestação de cuidados e promoção de saúde no global e nos idosos, bem como de maior consciencialização das dificuldades sociais dos idosos sozinhos e sem apoio e das dificuldades familiares na adequação a uma nova fase.

A capacidade de gestão da multimorbilidade aumentou. Foi sempre incentivado um olhar crítico quanto à definição do plano de intervenção, aos benefícios e riscos de todas as nossas intervenções com definição dos objectivos terapêuticos de acordo com as circunstâncias do doente.

O contacto com duas realidades diferentes, o internamento e a consulta também foi importante nas competências de ajuste de priorização dos problemas de saúde.

O estágio foi um momento de aprendizagem constante não só nas áreas estabelecidas nos objectivos, mas também noutras, nomeadamente na comunicação com o doente, com as famílias e cuidadores.

## Conclusão

---

A realização deste estágio profissional foi muito enriquecedora a nível pessoal e profissional, permitiu a consolidação dos conhecimentos obtidos na fase curricular do mestrado, e contribuiu para o desenvolvimento de novas competências no contexto da prática clínica.

Apesar de uma realidade diferente daquela em que actualmente exerço a minha profissão, os ganhos como pessoa e como médica foram inúmeros. Sinto-me mais capaz e confiante no acompanhamento do doente geriátrico.

Os objectivos estabelecidos foram globalmente cumpridos.

## Bibliografia

---

Campbell, A. J., & Buchner, D. M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and ageing*, 26(4), 315–318. <https://doi.org/10.1093/ageing/26.4.315>

Prazeres, F., Santiago, L. M., & Simões, J. A. (2015). Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *BioMed research international*, 2015, 965025. <https://doi.org/10.1155/2015/965025>

Darowski A. (2007) The Care of Patients with Fragility Fracture (“Blue Book”). Br Orthop Assoc. [www.fractures.com/pdf/BOA-BGS-Blue-Book.pdf](http://www.fractures.com/pdf/BOA-BGS-Blue-Book.pdf).

Duque A.S., Gruner H., Clara J.G., Ermida J.G., Veríssimo M.T. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina: Avaliação Geriátrica. [e-book]. Disponível em: [http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI\\_36.pdf](http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf)

Shields, L., Henderson, V., & Caslake, R. (2017). Comprehensive Geriatric Assessment for Prevention of Delirium After Hip Fracture: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1559–1565. <https://doi.org/10.1111/jgs.14846>

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Tendências Epidemiológicas das Fraturas do Fémur Proximal na População Idosa em Portugal [Epidemiological Trends of Proximal Femoral Fractures in the Elderly Population in Portugal]. *Acta medica portuguesa*, 31(10), 562–567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>

Stirland, L. E., González-Saavedra, L., Mullin, D. S., Ritchie, C. W., Muniz-Terrera, G., & Russ, T. C. (2020). Measuring multimorbidity beyond counting diseases: systematic review of community and population studies and guide to index choice. *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, m160. <https://doi.org/10.1136/bmj.m160>

Wilson H. (2017). Orthogeriatrics in Hip Fracture. *The open orthopaedics journal*, 11, 1181–1189. <https://doi.org/10.2174/1874325001711011181>

Rochon, P.A.,(2020) *Drug prescribing for older adults*, UptoDate  
<https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults>

## Anexos

---

**Título:** DESPRESCRIÇÃO NUMA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA

**Autores:** Cláudio Gonçalves Gouveia, Tânia Duarte, Ana Filipa Carvalho, Beatriz Figueiredo, Beatriz Amaral, Rui Buzaco, Teresa Ascensão Pinheiro, Rita Miranda, Rosana Andrade, Sofia Duque, Luís Campos

**Resumo:**

**Introdução:** Na população idosa, o processo de prescrição e de gestão medicamentosa é inapropriados é mais prevalente nesta população e associa-se a um aumento do número de eventos adversos, à deterioração cognitiva e funcional bem como a um aumento da mortalidade. A desprescrição consiste na suspensão segura, planeada e supervisionada de fármacos potencialmente inapropriados, que podem causar dano ou que já não são indicados ou benéficos para o doente.

**Objetivo:** Identificar a percentagem de doentes submetidos a desprescrição e as classes farmacológicas/fármacos mais desprescritos em doentes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur internados numa Unidade de Orto geriatria (UOG), onde os doentes são abordados de acordo com a Avaliação Geriátrica Global (AGG), sendo a revisão terapêutica e a desprescrição intervenções sistemáticas.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes que tiveram alta da UOG num período de 2 anos, através da análise da terapêutica crónica prévia ao internamento e à data de alta, pela consulta dos processos clínicos e das notas de alta.

**Resultados:** Incluídos 384 doentes, 64,58% mulheres e 35,42% homens, idade média de 84 anos, pontuando em média 81,29 na Escala de Barthel e 8,90 na Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric. Medicados na admissão em média com 7,22 medicamentos. Procedeu-se à desprescrição de fármacos em 84,11% doentes (N=323), totalizando a desprescrição de 1104 fármacos (suspensão definitiva, redução de dose ou esquema de desmame). Em média, por doente, foram desprescritos 2,88 fármacos (suspensos definitivamente, reduzida a dose ou estabelecido esquema de desmame). Verificou-se que 88,50% dos actos de desprescrição corresponderam a suspensão definitiva. As classes farmacológicas mais desprescritas foram: os anti-hipertensores (29,25%), as benzodiazepinas (9,24%), as estatinas (4,71%), os antiagregantes plaquetários (3,89%) e os inibidores da bomba de prótons (3,89%).

**Conclusão:** A AGG aplicada na UOG mediou a desprescrição numa percentagem significativa de doentes, de classes farmacológicas tipicamente associadas ao risco de quedas e de medicamentos frequentemente consumidos sem indicação formal. Estudos futuros deverão comprovar que esta intervenção reduz o risco de eventos adversos nesta população muito vulnerável. Este trabalho demonstra que qualquer interação médico-doente deve ser uma oportunidade para adequação da terapêutica farmacológica, sendo a enfermaria um local propício, permitindo uma desprescrição mais monitorizada