



Internato em Geriatria – 14/05 a 8/07

Objetivos Específicos

Ao final do estágio, o aluno deverá estar apto a:

- 1) Ter noção dos riscos da imobilidade em idosos e como preveni-los;
- 2) Ter noção de que paciente idoso confuso não é necessariamente demenciado, e que os quadros clínicos que cursam com início agudo, curso flutuante e déficit de atenção, são compatíveis com o diagnóstico de Delirium e que os pacientes devem ser investigados quanto à presença de qualquer distúrbio hidro-eletrolítico e metabólico;
- 3) Conseqüentemente a esse item, ter noção de como fazer um diagnóstico diferencial entre demência e delirium;
- 4) Calcular a dose adequada de antibióticos, ou quaisquer outras drogas, de acordo com a função renal esperada para a idade, peso, nível de creatinina plasmática e sexo do paciente; utilizando as tabelas que determinam as doses das drogas de acordo com a depuração de creatinina estimada pela fórmula de Cockcroft-Gault;
- 5) Indicação do uso, manejo de antibióticos relacionados às infecções mais freqüentes observadas nos pacientes internados na enfermaria do Serviço de Geriatria;
- 6) Ter noção quanto aos riscos do uso indiscriminado de medicamentos em idosos
- 7) Ter noção do que é a Síndrome da Fragilidade em idosos e da importância do enfoque preventivo;
- 8) Saber a gravidade das quedas em idosos;
- 9) Ter noção da importância da avaliação funcional;
- 10) Discutir a questão da terminalidade.



Pneumonia no Idoso hospitalizado

Quadro Clínico

- O idoso, ao oposto do paciente jovem, não apresenta o quadro clássico (febre, tosse e dispnéia), aparecendo em apenas 30,7%.
- Alteração status mental 44,6%.
- A ausculta não é específica e sensível.
- Taquicardia pode ser uma manifestação precoce.
- Taquipnéia é o sinal mais sensível da presença de infecção de VAIS.
- Avaliação do estado funcional prévio (Pfeffer e Katz).

Diagnóstico:

- Hemograma, bioquímica, PCR (útil para o seguimento)
- Oximetria de pulso.
- Gasometria em casos graves.
- Hemoculturas (casos mais graves, história de alcoolismo, doença hepática crônica severa, asplenia, derrame pleural e infiltrados cavitários)
- Raio-x de tórax: lembrar pode ser inespecífico na admissão, em vigência de desidratação e doença de base.
- TC de tórax: derrame pleural, abscessos, doença multilobar, dúvida sobre a presença ou não de infiltrado radiológico, quadro clínico exuberante com radiografia normal.
- Cultura de escarro: falha no tratamento, abuso de álcool, asplenia, doença estrutural pulmonar severa.
- Dosagem urinária de antígenos para *Legionella pneumophila* e *Streptococcus pneumoniae* é indicado para a **resolução de casos duvidosos** em pacientes que permanecem internados, principalmente os graves sem resolução do quadro infeccioso pulmonar, na falência terapêutica com betalactâmicos ou durante epidemias.



Classificação do prognóstico e gravidade:

CURB-65

Confusion (Confusão Mental)

Uréia > 50

Respiração (FR) >30

Blood Pressure (PA) PAS <90 PAD < 60

Idade acima de 65 anos

Deve ser realizado na admissão para definir local de tratamento

Critérios para admissão na UTI (ATS)

Maiores: a presença de um critério indica necessidade de UTI.

- a) choque séptico necessitando de vasopressores
- b) Insuficiência respiratória aguda com indicação de ventilação mecânica.

Menores: a presença de ao menos três critérios indica necessidade de UTI

- a) Hipotensão arterial
- b) Relação PAO₂/FiO₂ < 250
- c) Presença de infiltrados multilobulares.
- d) Leucopenia <4.000 cels/mm³
- e) Plaquetopenia <100.000 cels/mm³
- f) Temperatura < 36 C



Fatores de risco para infecção com patógenos específicos

***Streptococcus pneumoniae* droga-resistente**

Idade > 65 anos

Terapia nos últimos três meses com B-Lactâmico

Alcoolismo

Imunossupressão incluindo corticoterapia

Comorbidades

Utilização frequente de Serviços de Saúde.

Gram negativo entérico

Doença cardiopulmonar de base

Múltiplas comorbidades

Uso recente de antibiótico

Alcoolismo

Institucionalizado

Pseudomonas aeruginosa

Doença pulmonar estrutural (bronquiectasias ou equivalentes)

Uso de corticóide acima de 10mg/dia de Prednisona

Uso de antibiótico de largo espectro acima de 7 dias no último mês

Desnutrição

***Staphylococcus aureus* metilina resistente**

Infiltrados cavitários

Histórico de *Influenza*

Parâmetros de melhora (ATS)

Frequência cardíaca menor igual a 100 bpm

Frequência respiratória menor igual a 24 irpm

PAS maior ou igual a 90mmHg

SO2 maior ou igual a 90% ou PaO2 maior igual a 60

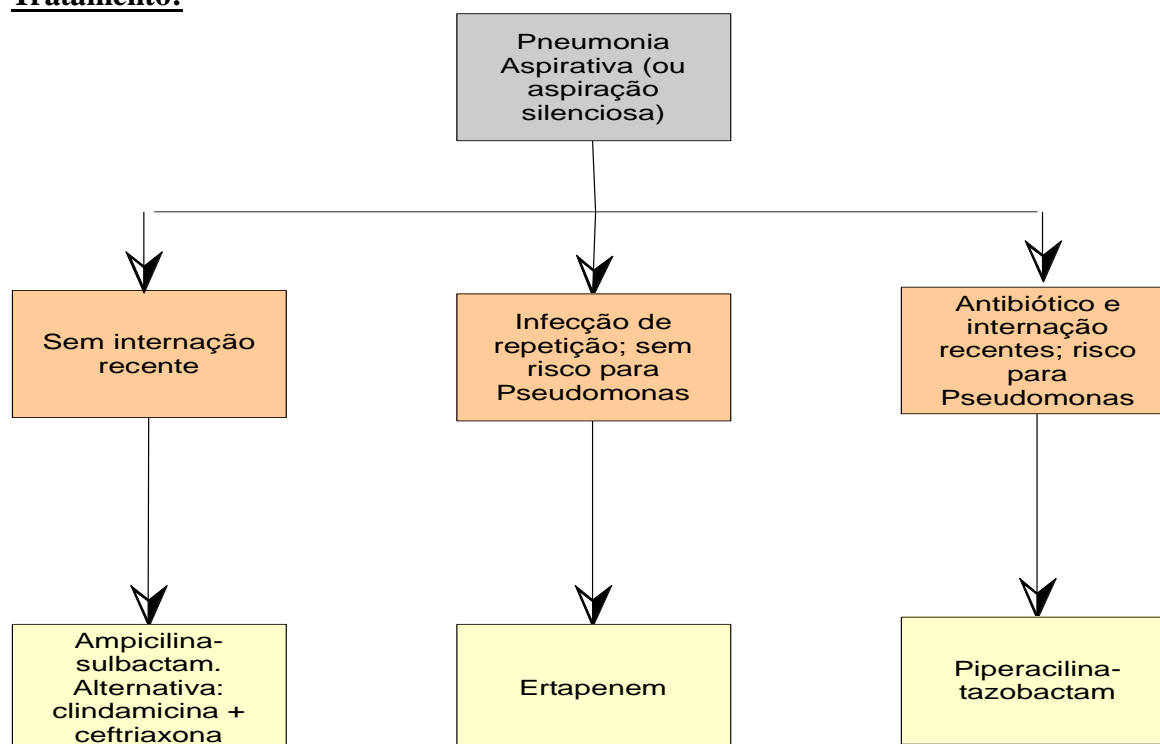
Nível de consciência basal

Só poderá haver um ausente para considerar melhora.

Prevenção:

- Vacinação anual contra influenza tipo B e A
- Vacinação anti-pneumocócica nos idosos acima de 65 anos, com uma dose máxima de reforço após 05 anos
- Higiene oral
- Combate ao refluxo gastro-esofágico
- Cabeceira elevado nos pacientes acamados com uso de SNE ou GTT.

Tratamento:

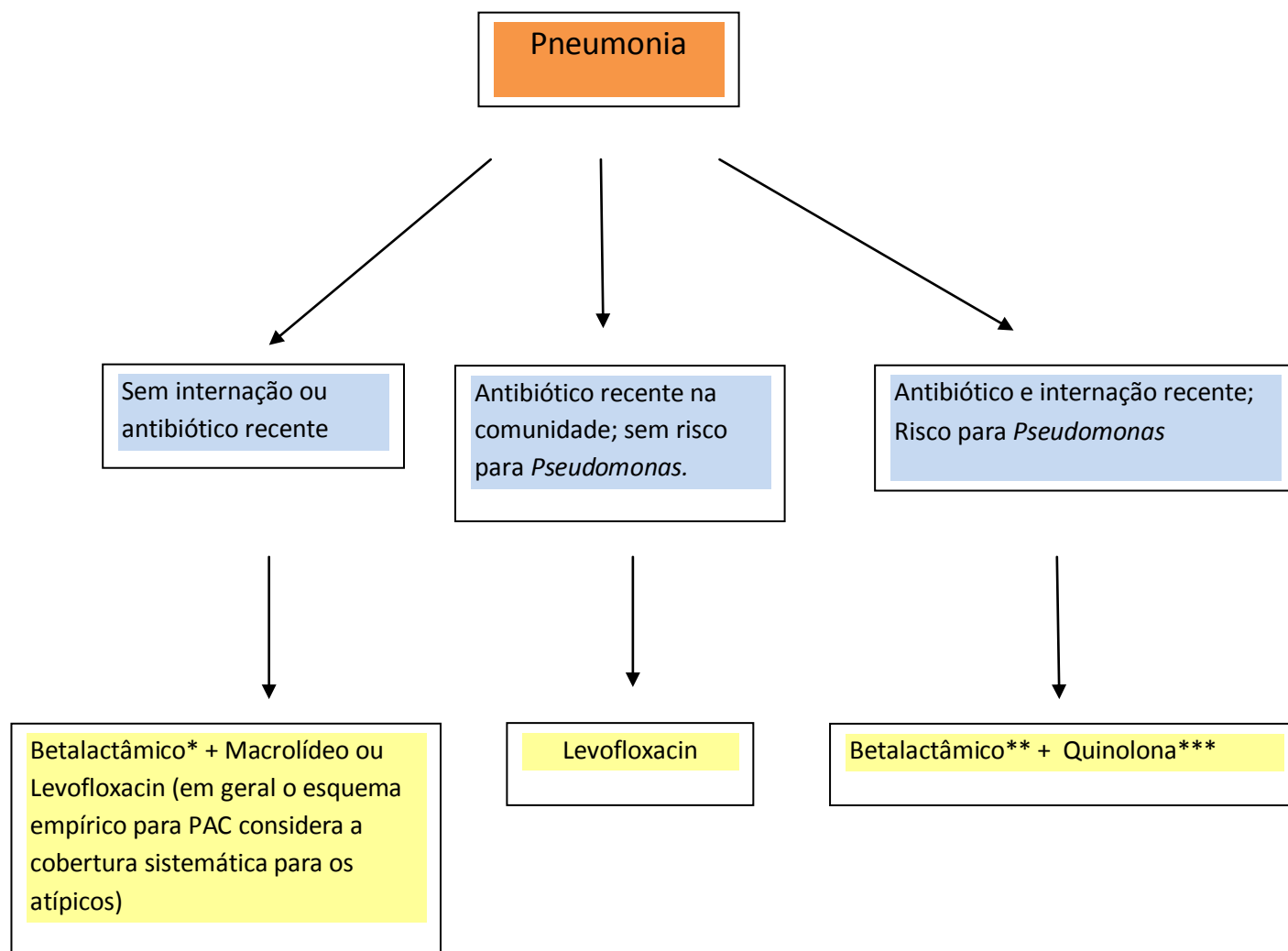


Tempo de tratamento

- 10 a 14 dias nos pacientes com melhora

ou

- 72h afebril, sem leucocitose, estado geral de volta ao basal



* Ceftriaxone

** Pode ser: Cefepima, Piperacilina Tazobactam, Imipenem ou Meropenem

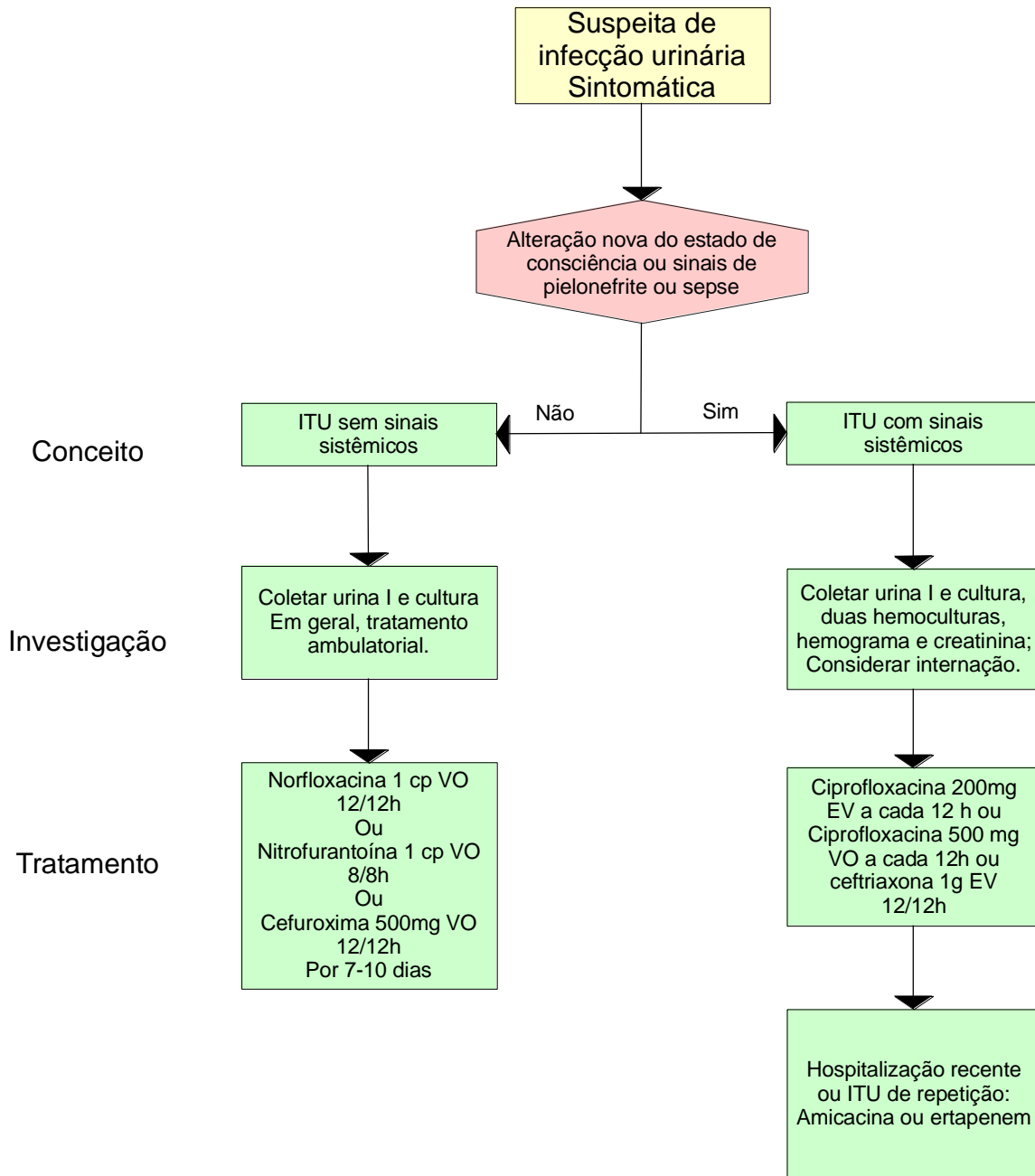
*** Pode ser Levofloxacin 750mg

Obs: Terapia combinada não é superior à monoterapia em pacientes de baixo risco, mas deve ser recomendada nos pacientes com PAC grave principalmente se bacteremia, insuficiência respiratória ou choque.

Nos pacientes com infecção de repetição, uso prévio de antibióticos, infecção polimicrobiana por bactérias ESBL positivo sem risco para *Pseudomonas* ou *Acinetobacter* (moderadas a graves) o Ertapenem pode ser útil

PAC leve a moderada --- pode ser efetivamente tratada por 7 dias ou menos

Infecção do trato urinário





Infecção do trato urinário Particularidades do paciente idoso

Diagnóstico

São sintomas de ITU: disúria, polaciúria, aumento da frequência miccional, febre não esclarecida, sepse, alteração nova de estado de consciência.

Em homens: avaliar envolvimento prostático.

Em pacientes sem sintomas, não é indicada coleta de culturas.

Exames laboratoriais

A técnica da coleta é essencial; leucocitúria e bacteriúria sem significado são frequentes em pacientes sondados, com higienização insuficiente ou leucorréia. Urocultura é obrigatória na população geriátrica.

Infecção de repetição

Avaliar com cultura se o patógeno é o mesmo (“recidiva”) ou se há novo agente (“superinfecção”).

Avaliar calculose, tuberculose, cistocele, presença de volume residual urinário.

Homens: Avaliar prostatite.

Mulheres: Avaliar epitélio vaginal, considerar terapia hormonal local.



Infecção do trato urinário Bacteriúria assintomática

Definição

1. Presença de uma urocultura positiva com mais de cem mil colônias, ou duas uroculturas com mais de cem colônias com o mesmo agente.
2. Ausência de qualquer sintoma que possa ser atribuído à infecção.
3. A presença de leucocitúria não diferencia quadro sintomático de assintomático.

Discussão

A literatura mostra que tratamento não erradica obrigatoriamente o agente
Não há redução de morbidade
Não há redução de risco de insuficiência renal em idosos ou diabéticos
Em pacientes sondados: não há erradicação nem prevenção de bacteremia

Conduta

A bacteriúria assintomática não deve ser tratada, independente da comorbidade ou presença de sonda.
Caso o paciente venha a ser submetido a procedimento urológico, tratar por sete dias, de acordo com o antibiograma e realizar o procedimento próximo ao final do tempo previsto.



Infeção do trato urinário Candidúria

Condição	Tratamento
Levedura ou pseudo-hifa no exame direto	Nenhum
Candidúria assintomática	Nenhum; retirar se possível sonda e ATB, compensar diabetes
Cistite	Fluconazol 200mg/dia 7-14dias
Pielonefrite ascendente	Fluconazol 6mg/kg/dia ou anfotericina 0,6mg/kg/dia; avaliar bola fúngica (drenagem cirúrgica)
Candidíase hematogênica	Fluconazol 6mg/kg/dia ou anfotericina 0,6mg/kg/dia

Fluconazol pode ser utilizado em *C. albicans*, *C. parapsilosis* e *C. Tropicalis*
Para *C. glabrata*, usar anfotericina
Demais espécies: chamar MI



Delirium no Idoso hospitalizado

Delirium é uma emergência geriátrica e, ao mesmo tempo, o distúrbio psiquiátrico mais comum em pacientes idosos hospitalizados. É uma síndrome que se inicia subitamente, tem curso flutuante e se manifesta por comprometimento global das funções cognitivas, distúrbio da atenção e do ciclo sono-vigília e atividade psicomotora anormalmente elevada ou reduzida.

Diagnóstico

CAM (Confusional Assessment Method)

1. <i>Início Agudo (Há evidência de mudança aguda no estado mental de base do paciente?)</i>	S	N
2. <i>Distúrbio de Atenção</i>		
2A. <i>O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito?</i>		
- Não presente (ausente) em todo momento da entrevista	S	N
- Presente em todo momento da entrevista, porém de forma leve	S	N
- Presente em todo momento da entrevista, de forma marcante	S	N
- Incerto	S	N
2B. <i>Se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir a gravidade?</i>		
- sim		
- não	S	N
- incerto	S	N
- não aplicável	S	N
2C. <i>Se presente ou anormal, descreva esse comportamento:</i>	S	N



<p>3. <i>Pensamento Desorganizado</i></p> <p><i>O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de idéias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?</i></p>	<p>S N</p>
<p>4. <i>Alteração do Nível de Consciência</i></p> <p><i>Em geral, como voce classificaria o nível de consciência do paciente?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alerta (normal) - Vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente) - Letárgico (sonolento, facilmente acordável) - Estupor (dificuldade para despertar) - Coma - Incerto 	<p>S N</p> <p>S N</p> <p>S N</p> <p>S N</p> <p>S N</p> <p>S N</p>
<p>5. <i>Desorientação</i></p> <p><i>O paciente ficou desorientado durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado ou tendo noção errada da hora do dia?</i></p>	<p>S N</p>
<p>6. <i>Distúrbio (Prejuízo) da Memória</i></p> <p><i>O paciente apresentou problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital ou dificuldade para se lembrar das instruções?</i></p>	<p>S N</p>
<p>7. <i>Distúrbio da Percepção</i></p> <p><i>O paciente apresentou sinais de distúrbios da percepção como, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto físico se movimentava)?</i></p>	<p>S N</p>



8. Agitação Psicomotora	
Parte 1: durante a entrevista, o paciente apresentou aumento anormal da atividade motora, tal como agitação, beliscar de cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e frequente de posição?	
Retardo Psicomotor	S N
Parte 2: Durante a entrevista o paciente apresentou diminuição anormal da atividade motora como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo ou lentidão exagerada de movimentos	
9. Alteração do Ciclo Sono-Vigília	S N
O paciente apresentou sinais de alteração do ciclo-sono-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna?	
	S N

Inouye, SK; van Dyck, CH; Alessi, CA; Balkin, S; Siegel, AP; Horwitz, RI. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method – A New Method for Detection of Delirium. *Annals of Internal Medicine* 1990;113:941-948

Classificação

- Hiperativo
- Hipoativo
- Misto

Fatores Predisponentes

- Idade Avançada, Sexo Masculino, Dependência Funcional, Desidratação, Déficit cognitivo



Prévio, Depressão, Demência, História prévia de Delirium, Imobilidade, História de quedas, Sedentarismo, Polifarmácia, AVE prévio, Insuficiência renal, déficit sensorial, DCV e Comorbidades.

Fatores Precipitantes

- Sondagem vesical de demora, restrição no leito, uso de mais de 3 medicações, desnutrição
Infecções, distúrbios metabólicos, intoxicação, doenças endócrinas, cirurgias, pneumopatias.

Medicações Associadas ao Delirium

Antihistamínicos	Difenidramina, hidroxizine
Cardiovascular	Captopril, clortalidona, digoxina, diltiazem, dipiridamol, furosemida, hidroclorotiazida, hidralazina, mononitrato de isossorbida, metildopa, nifedipina, triantereno, warfarin
Sistema Nervoso Central	Alprazolam, amitriptilina, clordiazepóxido, codeína, desipramina, diazepam, doxepina, flurazepam, oxazepam, oxicodona, fenelzine, fenobarbital
Corticosteróides	Corticosterona, dexametasona, hidrocortisona, pednisona
Gastrointestinal	Atropina, cimetidina, ranitidina
Imunossupressores	Azatioprina, ciclosporina
Antibióticos	Ampicilina, cefalotina, cefamandole, cefoxitina, clindamicina, cicloserina, gentamicina, piperacilina, tobramicina, vancomicina
Relaxante Muscular	Pancurônio
Sistema Respiratório	Teofilina



Medidas Preventivas para Delirium

Fator de Risco	Medida Preventiva
Privação Sensorial	Estimulação sensorial: uso de óculos e próteses auditivas
Poluição Sensorial	Evitar ambientes com iluminação excessiva ou precária Evitar ambientes com poluição sonora
Privação de Sono	Instituir medidas não farmacológicas para higiene do sono
Declínio Cognitivo	Estimular orientação temporo-espacial (calendários e relógios)
Imobilidade	Estimular a mobilidade o mais precocemente possível Evitar a contenção mecânica, pois desencadeia e piora o delirium
Sondas e Cateteres	Evitar o uso de SVD e Cateteres
Desidratação	Reconhecimento precoce da desidratação e sua correção
Medicação	Evitar fármacos psicoativos, especialmente os de meia vida longa Usar a mínima dose possível Descontinuar medicações desnecessárias Sempre corrigir dose para função renal e hepática

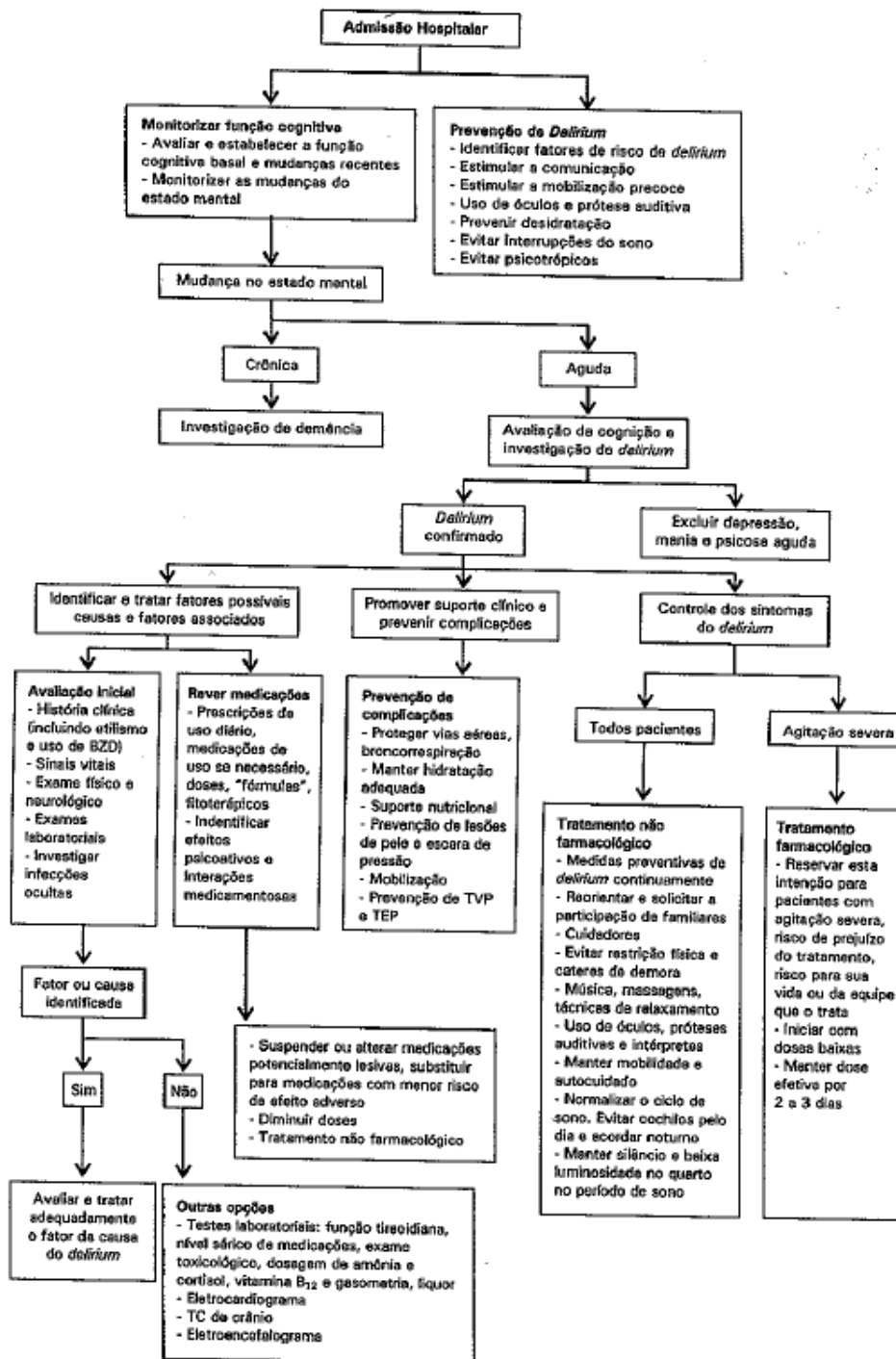


Figura 6.1 Algoritmo para avaliação de suspeita de delírium. Adaptado de Inouye SK



Atividades no Serviço de Geriatria

1º Grupo: 14/05 a 10/06

2º Grupo: 11/06 a 08/07

	2a	3a	4a	5a	6a
7:30 horas	Enfermaria	Aula	Enfermaria	Seminários	Enfermaria
8:30 horas		Enfermaria		Enfermaria	
13:00 horas	Tutoria: Geriatria	Tutoria: Psiquiatria	Ambulatório	Ambulatório	Ambulatório

Tutorias, Portfólios e Avaliação Escrita

14/05/2012	Apresentação
21/05/2012	Síndrome do Imobilismo
28/05/2012	Demências
04/06/2012	Farmacocinética e Farmacodinâmica
11/06/2012	Síndrome de Fragilidade e Quedas
18/06/2012	Iatrogenia
02/07/2012	Avaliação Teórica
02/07/2012	Entrega dos Portfólios



Tutoria de Síndrome do Imobilismo

Identificação: MF, masculino, 89 anos

QD: Diminuição do contato e sonolência há 5 dias

HMA: Admitido na enfermaria de Geriatria com diminuição do contato e sonolência excessiva há 5 dias. Paciente deixou de se comunicar no período. Família negava febre. Relata que concomitantemente houve diminuição da ingestão alimentar.

ISDA: Diminuição da ingestão alimentar e sonolência excessiva, conforme relatado acima

Emagrecimento não quantificado há cerca de 5 anos

Paciente vem apresentando engasgos, conforme alimentava-se com alimentos líquidos há cerca de 1 ano

Tem dificuldade de evacuações, sendo que no período de um ano, vem evacuando à intervalos progressivamente maiores

Nesse período de 5 dias, foi notado diminuição do volume urinário, escurecimento da urina e odor fétido

Nesse período de 5 dias, passou a apresentar tosse e cansaço. Apesar de não conseguir expectorar, percebe-se a presença de secreção pulmonar pelo ruído da tosse.

Há cerca de 8 anos, paciente vem apresentando problemas com sua memória. Inicialmente era para fatos recentes. Entretanto, com o passar do tempo o paciente vem piorando progressivamente de tal forma que atualmente o paciente não lembra-se do nome de seus filhos e frequentemente agita-se querendo ir para sua casa, não reconhecendo seu domicílio atual como tal. Durante esse período, o paciente foi tornando-se cada vez mais apático, desinteressado, com diminuição progressiva de suas atividades diárias.

Há cerca de 2 anos, após episódio de acidente vascular cerebral, paciente encontra-se acamado somente conseguindo levantar-se da cama e sentar em uma cadeira ou poltrona com auxílio de outros.

Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e diabetes mellitus

Medicação em uso: hidroclorotiazida 25mg/d, glibenclamida 5mg 2x/d, ácido acetil salicílico 100mg/d, amitriptilina 25mg à noite.



Exame Físico: MEG, descorado, desidratado, acianótico, anictérico, sonolento, não atende o chamado e não obedece os comandos. P: 108bpm PA: 80x60mmHg FR: 29ipm

Coração: BRNF sem sopros

Pulmões: MV + bilateralmente com roncos presentes em AHT

Abdomen: plano, flácido, indolor, sem visceromegalia

MMII: sem edemas

Neurológico: contratura espástica do MS e MI direitos

Pele: presença de úlceras por decúbito na região sacral e no calcâneo D. Na úlcera sacral, há exposição do tecido celular subcutâneo, na úlcera de calcâneo, área de necrose.

Exames laboratoriais:

Glic: 107 U: 124 C: 2,0 Na: 147 K: 4,9

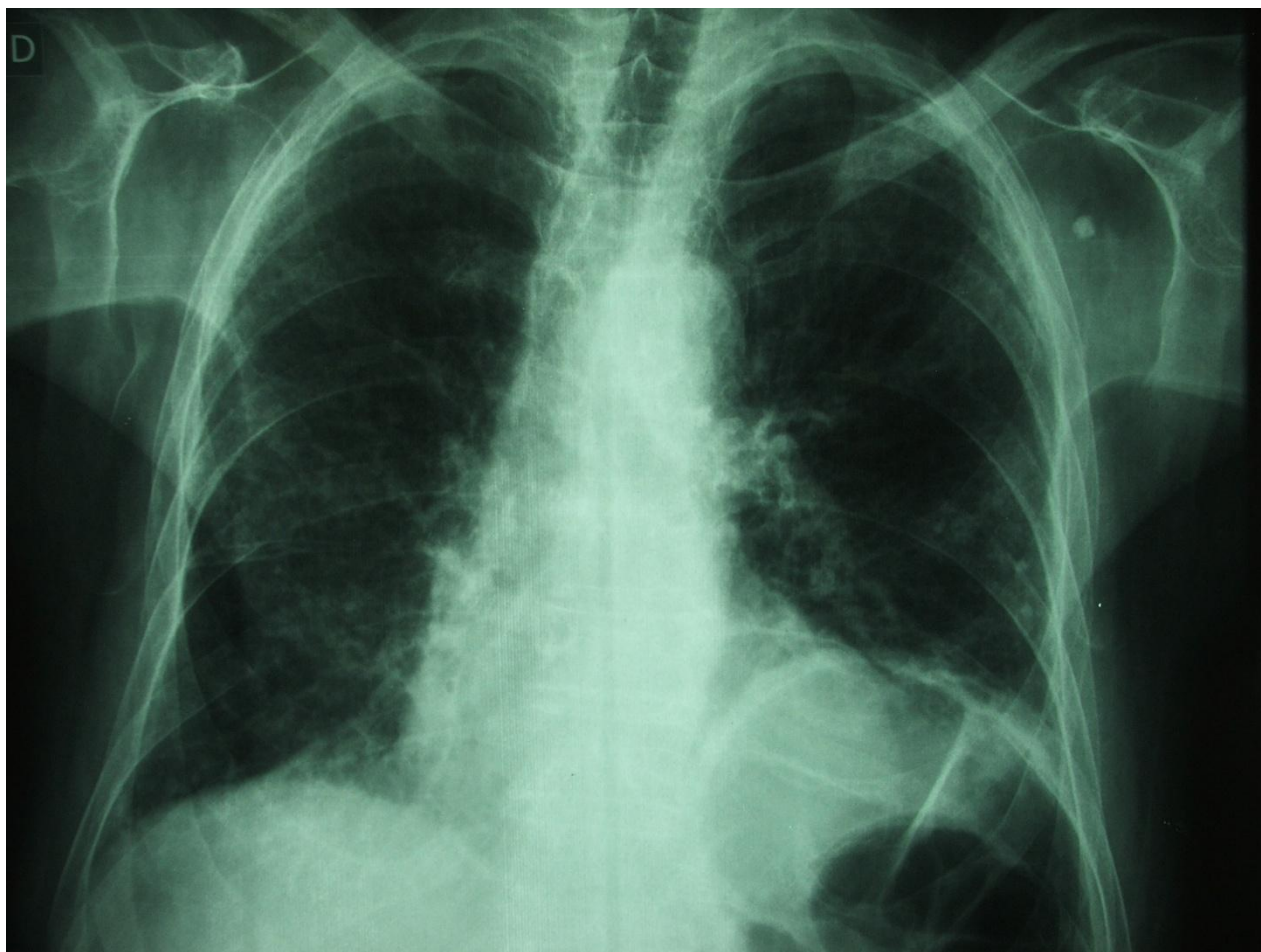
Hb: 8,5 Ht: 27,3 VCM: 76,3 HCM: 23,7 CHCM: 31,1 RDW: 16,7

Leucócitos: 7.890/ml (neu: 60% eo: 6,2% ba: 0,3% li: 25,3% mo: 8,2%)

Plaquetas: 230.000/ml

Urina tipo I: Densidade: 1015 pH: 5,0 Cor: amarelo citrino proteína: presente +, glicose, corpos cetônicos, pigmentos biliares: ausentes; urobilinogênio: 0,2g/dL; nitrito e hemoglobina: ausentes, leucócitos: 464.000/ml; hemáceas: 3.000/ml; células epiteliais: presente +.

R – X de tórax:





Perguntas a serem discutidas

- 1) Diagnóstico Sindrômico
- 2) Importância da Síndrome do Imobilismo
- 3) Confusional Assessment Method
- 4) Diagnóstico Etiológico
- 5) Diagnóstico da Internação
- 6) Tratamento específico e dose da medicação a ser prescrita
- 7) Diagnóstico da anemia
- 8) Diagnóstico da insuficiência renal
- 9) Discutir bacteriúria assintomática
- 10) Discutir úlcera por pressão
- 11) Cuidados em relação à alimentação
- 12) Cuidados em relação à função intestinal
- 13) Profilaxia de trombose venosa profunda
- 14) Comentários a respeito do esquema medicamentoso que o paciente vinha fazendo uso
- 15) Alívio da dor
- 16) Alívio da dispneia



Tutoria Demências – 6/2/2012

IDENTIFICAÇÃO: WFB, feminino, 78 anos, branca, viúva, católica, natural e procedente de São Paulo, escolaridade: superior completo

QUEIXA: esquecimentos há 6 meses

HPMA: refere esquecimentos há 1 ano, com piora nos últimos 6 meses. Esquece onde guarda objetos, nome de amigos e familiares distantes.

Há três meses não vai ao banco sozinha pois esquece a senha e não consegue efetuar pagamentos. Tem dificuldade para cozinhar pratos que fazia rotineiramente.

Há um mês se perdeu ao sair para ir no mercado.

Filha refere alteração do comportamento, apresenta períodos de desânimo intercalados com momentos de agressividade e agitação.

ISDA

- . hábito intestinal regular
- . nega quedas
- . vacinação em dia
- . sono preservado
- . dificuldade para deambular , leve alteração da marcha
- . incontinência urinária

ANTECEDENTES PESSOAIS: HAS há 20 anos, DM há 5 anos, colecistectomia há 25 anos. 3 partos normais



ANTECEDENTES FAMILIARES: mãe faleceu após AVC aos 80 anos , pai não sabe referir

HÁBITOS: nega tabagismo, etilismo e uso de drogas

MEDICAMENTOS:

- . losartan 50mg 12/12hs
- . hidroclorotiazida 25mg cedo
- . AAS 100mg vo após almoço
- . paracetamol 500mg se dor
- . ginko biloba 80mg cedo

EXAME FÍSICO: PA: 120x80mmHg, FC: 80 bpm, BEG,vigil, contactuante, corada e hidratada

ACV: BRNF a 2 T sem sopro

AP: MV audível bilateralmente sem RA

Abdome: inocente

Membros: sem edema, sem sinais de TVP

MEEM: 16/30

Teste do relógio: 6/10

Fluência verbal: 9 animais

EXAMES LABORATORIAIS(realizados há 3 meses):

- . glicemia 98, uréia: 32, creatinina 0,9, HBA1C: 6,4%, TSH 6,25, T4L 0,76.



- 1) Qual o diagnóstico sintromico?
- 2) Como é o MEEM e qual sua importância?
- 3) Como é o teste do relógio e qual sua importância?
- 4) Como é o teste da fluência verbal e qual sua importância?
- 5) Como é a escala da avaliação funcional de Pfeffer?
- 6) Como é a escala da avaliação funcional de Katz?
- 7) Exames complementares que deveriam ser solicitados para investigação?
- 8) Esse quadro pode ser reversível?
- 9) Poderia ser Doença de Alzheimer?
- 10) Poderia ser Demência pelos Corpúsculos de Lewy?
- 11) Poderia ser um caso de Demência Vascular?
- 12) Poderia ser um caso de Hidrocefalia de Pressão Normal?
- 13) Poderia ser Depressão?
- 14) Como diferenciar Demência de Delirium
- 15) Tratamento específico da demência
- 16) Tratamento da agitação psicomotora



Tutoria – Farmacocinética e Farmacodinâmica – 13 de fevereiro

Paciente de 85 anos, feminino, está internado na enfermaria da Geriatria para tratamento de uma pneumonia adquirida no Hospital.

- 1)- Dieta Geral Pastosa assistida
- 2)- Teicoplanina 400mg IM 24/24h
- 3)- Meropenem 1,0g EV 12/12h
- 4)- Omeprazol 40mg VO em jejum
- 5)- Levotiroxina sódica 100mcg VO em jejum
- 6)- Enoxaparina 40mg SC 24/24h
- 7)- Insulina Humana N 40U SC cedo e 10U SC à noite
- 8)- Rivastigmina Patch 1U à cada 24 horas
- 9)- Amiodarona 200mg VO cedo
- 10)- Cetoprofeno 100mg + SF 100ml EV 12/12h, correr em 1 horas
- 11)- Dipirona 2ml EV se $t > 37,8^{\circ}\text{C}$
- 12)- Tramadol 300mg + SF 250ml EV 24/24h
- 13)- Clomipramina 50mg VO à noite
- 14)- Diazepan 10mg VO à noite
- 15)- Metilprednisolona 40mg EV 8/8h
- 16)- Metoclopramida 10mg EV 8/8h
- 17)- Hidroxizine 25mg VO 8/8h
- 18)- Buscopolamina 1amp EV 8/8h



De acordo com as prescrições acima, responda o seguinte:

- 1). Nossa paciente está em uso de diversas medicações por via oral. O que você pode dizer a respeito dessa via de administração, de acordo com a prescrição acima.
- 2). Também está em uso de medicação por via IM. Quais são as alterações do envelhecimento que podem interferir com a eficácia dessa droga.
- 3). Nossa paciente está em uso de duas medicações aplicadas por via SC. O que você pode relatar a respeito da eficácia dessa via de administração em pacientes idosos.
- 4). Essa paciente tem doença de Alzheimer. Decorrente de sua doença de base, ela está em uso de uma medicação administrada por via path: transcutânea. Alterações do envelhecimento interferem com a ação dessas drogas?
- 5). Considerando que essa paciente tem 60Kg de peso; creatinina plasmática de 0,7mg%; a dose dos antibióticos está adequada?
- 6). O que você acha da associação omeprazol x levotiroxina?
- 7). O que você acha da associação levotiroxina x amiodarona?
- 8). O que você acha do uso de cetoprofeno em idoso?
- 9). O que você diz a respeito do uso de tramadol?
- 10). E a respeito do uso de diazepam?
- 11). E a respeito do uso de clomipramina?
- 12). Da metilprednisolona?
- 13). Da metoclopramida?
- 14). Do hidroxizine?
- 15). Da buscopolamina?
- 16). O que você acha da associação de hidroxizine, clomipramina e tramadol?



IDENTIFICAÇÃO: AMJ, feminino, 92 anos, branca, viúva, católica, natural e procedente de São Paulo, escolaridade: segundo grau completo

QUEIXA: fraqueza nas pernas há 1 ano

HPMA: refere fraqueza nas pernas há 5 anos, com piora no último ano. Tem dificuldade para fazer caminhadas e já não consegue ir até a padaria pois fica muito cansada.

No último ano diminui a atividade física e necessita de ajuda nas atividades instrumentais.

Filha refere que esta mais lenta, caminha arrastando os pés.

Nos últimos 4 meses caiu 3 vezes, 1 por tropeço e as outras por sentir “as pernas fracas”. Procurou o pronto socorro todas as vezes sem fraturas.

ISDA

- . hábito intestinal obstipação crônica
- . emagrecimento de 6 kgs no último ano, refere diminuição do apetite
- . sono preservado
- . incontinência urinária

ANTECEDENTES PESSOAIS: HAS há 40 anos, nega diabetes, nega cirurgias. 3 partos normais e 1 cesárea.

ANTECEDENTES FAMILIARES: não sabe referir

HÁBITOS: nega tabagismo, nega etilismo e uso de drogas

MEDICAMENTOS:

- . losartan 50mg cedo



- . hidroclorotiazida 25mg cedo
- . AAS 100mg vo após almoço
- . dorflex se dor
- . sertralina 50mg vo cedo
- . retemic 10mg vo a noite

EXAME FÍSICO: PA: 110x80mmHg, FC: 60 bpm, BEG,vigil, contactuante, corada e hidratada

ACV: BRNF a 2 T sem sopro

AP: MV audível bilateralmente sem RA

Abdome: inocente

Membros: sem edema, sem sinais de TVP

- 01) Hipótese Diagnóstica
- 02) Definição de fragilidade
- 03) Fenótipo da fragilidade
- 04) Ciclo da fragilidade
- 05) Desfecho clínico/ Prognóstico
- 06) Diagnóstico diferencial
- 07) Tratamento
- 08) Importância das quedas nos idosos
- 09) Fatores intrínsecos
- 10) Fatores extrínsecos
- 11) Uso de medicamentos
- 12) Timed get up and GO test/alcance funcional
- 13) Tilt test/ Romberg
- 14) Hipotensão ortostática
- 15) Prevenção
- 16) Importância do trabalho multidisciplinar



Portfólio

Consiste na apresentação e discussão de um caso clínico, acompanhado pelo aluno na enfermaria ou no ambulatório do Serviço de Geriatria. O objetivo é avaliar a capacidade dele em estabelecer as hipóteses diagnósticas por meio de uma história obtida pelo aluno junto ao próprio paciente e/ou cuidador responsável.

Será avaliada a apresentação do caso, propriamente dita, por meio de obtenção da anamnese conforme os preceitos da propedêutica. Cada item apresentado de forma correta receberá a pontuação conforme assinalado abaixo.

Identificação (0,5 ponto)

Queixa e Duração (0,5 ponto)

História Prévia da Moléstia Atual (0,5 ponto)

Interrogatório Sobre os Diferentes Aparelhos (0,5 ponto)

Antecedentes Pessoais, Medicamentosos, Antecedentes Familiares (0,5 ponto)

Exame Físico (0,5 ponto)

Hipótese Diagnóstica (3,5 pontos)

Discussão (3,5 pontos)

Conclusão

Avaliação Teórica

Será realizada ao término do estágio e terá como temática os assuntos abordados nas tutorias e as discussões realizadas na enfermaria e no ambulatório do Serviço de Geriatria.