

Caso de pneumonia: história do Pedro (78 anos)

Não tenho andado muito bem nos últimos tempos, mas agora estou ainda pior! Tudo começou em Novembro. Andava a ser seguido por um fisioterapeuta para me ajudar com a marcha (tive algumas quedas, está a ver) e durante uma das visitas ele ficou um pouco preocupado com a minha respiração. Disse-lhe que já tinha consultado o médico de família e que tinha começado a tomar um antibiótico para a pneumonia. Para ser completamente honesto, ainda me sentia um bocado em baixo e a lutar para conseguir respirar. Sentia-me a sufocar.

O fisioterapeuta não tinha a certeza se eu precisaria de ir ao hospital. Eu estava um bocado relutante quando o médico de família também apareceu, mas quando me explicaram que estava a chegar a um estado ([pontuação na CRB65: cuidados primários](#)) que indicava que tinha de ir para o hospital, percebi que tinha de ser.

Parecia que ia de mal a pior, e o que aconteceu depois não é claro, só me lembro de ter uma [máscara de oxigénio colocada](#). Mas quando me avaliaram no hospital, disseram-me que eu estava a chegar a um estado ([CURB65: hospitalar](#)) que significava que precisava de ficar em observação e transferiram-me para uma enfermaria.

De acordo com a minha mulher, eu estive confuso durante um bom bocado – o que é realmente embaraçoso para mim que me orgulho de ter sempre uma mente muito clara. Aparentemente, é algo que pode acontecer a muita gente, é chamado [delírio](#). Até fico satisfeito de não me lembrar de muita coisa!

Para mais informações sobre a de avaliação e gestão da pneumonia adquirida na comunidade visite: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/pneumonia>

Texto baseado na:

[NICE CG191 Pneumonia: Diagnosis and management of community-and hospital-acquired pneumonia in adults](#)

[NICE CG161 Preventing falls in older people during a hospital stay](#)

Caso de pneumonia: continuação da história do Pedro (78 anos)

Comecei a ficar bastante melhor, mas estar doente “tirou-me o chão”. Até cheguei a [cair no hospital!](#) Estava a ser muito bem acompanhado pela equipa, incluindo os assistentes – foi brilhante! Finalmente fui para casa com algum suporte e o meu fisioterapeuta, que já me seguia antes, continuou a trabalhar comigo para que eu me movimentasse novamente. Para ser honesto, não pensei demorar tanto tempo a recuperar, mas deram-me um guia que explica quanto tempo pode realmente levar a recuperar uma pneumonia:

1 semana: a febre deve ter desaparecido

4 semanas: a dor no peito e a produção de expectoração devem ter reduzido significativamente

6 semanas: a tosse e a falta de ar devem ter reduzido significativamente

3 meses: a maioria dos sintomas devem ter desaparecido, mas a fadiga pode manter-se

6 meses: a maioria das pessoas sente que voltou ao normal.

Passaram 3 meses e sinto que estou a entrar na linha. Mesmo a minha marcha está a melhorar!

Para mais informações sobre a de avaliação e gestão da pneumonia adquirida na comunidade visite: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/pneumonia>

Texto baseado na:

[NICE CG191 Pneumonia: Diagnosis and management of community-and hospital-acquired pneumonia in adults](#)

[NICE CG161 Preventing falls in older people during a hospital stay](#)

Pontuação na CRB65 para avaliação do risco de morte nos cuidados primários

A pontuação na CRB65 é calculada dando 1 ponto a cada um dos seguintes fatores de prognóstico:

- confusão (classificação ≤ 8 no *Abbreviated Mental Test Score*, ou nova desorientação referente a pessoas, tempo ou espaço)
- aumento da frequência respiratória (≥ 30 ciclos por minuto)
- pressão arterial baixa (diastólica ≤ 60 mmHg ou sistólica < 90 mmHg)
- idade ≥ 65 anos

Os doentes são estratificados por risco de morte da seguinte forma:

- 0: baixo risco ($< 1\%$ de risco de morte)
- 1 ou 2: risco intermédio (1-10% de risco de morte)
- 3 ou 4: alto risco ($> 10\%$ de risco de morte)

Use a avaliação médica juntamente com a pontuação na CRB65 para guiar a abordagem à pneumonia adquirida na comunidade, da seguinte forma:

- considere o tratamento domiciliário para doentes com pontuação na CRB65 de 0
- considere avaliação hospitalar para todos os outros doentes, particularmente aqueles com pontuação na CRB65 ≥ 2

Pontuação na CURB65 para avaliação do risco de morte no hospital

A pontuação na CURB65 é calculada dando 1 ponto a cada um dos seguintes fatores de prognóstico:

- confusão (classificação ≤ 8 no *Abbreviated Mental Test Score*, ou nova desorientação referente a pessoas, tempo ou espaço)
- aumento da uremia (> 7 mmol/litro)
- aumento da frequência respiratória (≥ 30 ciclos por minuto)
- pressão arterial baixa (diastólica ≤ 60 mmHg ou sistólica < 90 mmHg)
- idade ≥ 65 anos

Os doentes são estratificados por risco de morte da seguinte forma:

- 0 ou 1: baixo risco ($< 3\%$ de risco de morte)
- 2: risco intermédio (3-15% de risco de morte)
- 3 ou 5: alto risco ($> 15\%$ de risco de morte)

Use a avaliação médica juntamente com a pontuação na CURB65 para guiar a abordagem à pneumonia adquirida na comunidade, da seguinte forma:

- considere o tratamento domiciliário para doentes com pontuação na CURB65 de 0 ou 1
- considere cuidados hospitalares para doentes com pontuação na CURB65 ≥ 2
- considere avaliação de cuidados intensivos para doentes com pontuação na CURB65 ≥ 3

Oxigenoterapia de emergência

O que deve fazer com doentes com DPOC (e com outras condições de risco) que tiveram um episódio de insuficiência respiratória hipercápnica?

Forneça um cartão de alerta de oxigénio e uma máscara Venturi de 24% ou 28%

Instrua o doente a mostrar o cartão à equipa do INEM e do serviço de emergência em caso de exacerbação

O que fazer se suspeitar de hipercapnia ou acidose respiratória devido a oxigenoterapia excessiva?

Reduza a terapia com oxigénio em vez de a interromper completamente

Use concentrações de oxigénio de 28% ou 35% com a máscara Venturi dependendo da SpO₂ e da GA

Que dispositivos devem estar disponíveis em hospitais para administrar oxigénio?

Máscara de alto débito com reservatório (não ventilada) para administração de oxigénio de alta concentração

Cânulas nasais ou máscara facial simples para terapia de concentração média

Máscara de Venturi a 24% e 28% para doentes com DPOC (definitiva ou provável) ou outras condições predispondo à insuficiência respiratória hipercápnica

Máscara de traqueostomia para doentes com traqueostomia

A baixos fluxos (1-2 l/min) e assim que o doente estabilizar, as máscaras Venturi podem ser substituídas por cânulas nasais

O que fazer relativamente à administração de oxigénio em doentes com insuficiência respiratória hipercápnica prévia que NÃO têm um cartão de alerta de oxigénio?

Concentrações de oxigénio de 28% com a máscara Venturi a 4 l/min em cuidados pré-hospitalares

Concentrações de oxigénio de 24% ou 28% com a máscara Venturi a 2-4 l/min em cuidados hospitalares

Objetivo inicial SpO₂ 88-92% pendente dos resultados da GA

Qual é o SpO₂ alvo para doentes agudos?

94-98% para os que não correm risco de insuficiência respiratória hipercápnica

88-92% para doentes com fatores de risco de insuficiência respiratória hipercápnica

O tratamento de doentes com insuficiência respiratória hipercápnica recorrente deve basear-se em estimativas de GA de exacerbações agudas anteriores, uma vez que a insuficiência respiratória hipercápnica pode ocorrer mesmo que a SpO₂ <88%

Alguns doentes (particularmente se >70 anos ou se obesos) podem ter SpO₂ <94% e NÃO necessitarem de oxigenoterapia quando clinicamente estáveis

Os doentes dispneicos sem hipoxémia NÃO beneficiam de oxigenoterapia (exceto no envenenamento por monóxido de carbono e outras instâncias raras), mas uma redução >3% na SpO₂ dentro do intervalo alvo poderá ser a primeira evidência de doença aguda e neste caso deverão ser avaliados prontamente

Pontuação na CRB65 para avaliação do risco de morte nos cuidados primários

A pontuação na CRB65 é calculada dando 1 ponto a cada um dos seguintes fatores de prognóstico:

- confusão (classificação ≤ 8 no *Abbreviated Mental Test Score*, ou nova desorientação referente a pessoas, tempo ou espaço)
- aumento da frequência respiratória (≥ 30 ciclos por minuto)
- pressão arterial baixa (diastólica ≤ 60 mmHg ou sistólica < 90 mmHg)
- idade ≥ 65 anos

Os doentes são estratificados por risco de morte da seguinte forma:

- 0: baixo risco ($< 1\%$ de risco de morte)
- 1 ou 2: risco intermédio (1-10% de risco de morte)
- 3 ou 4: alto risco ($> 10\%$ de risco de morte)

Use a avaliação médica juntamente com a pontuação na CRB65 para guiar a abordagem à pneumonia adquirida na comunidade, da seguinte forma:

- considere o tratamento domiciliário para doentes com pontuação na CRB65 de 0
- considere avaliação hospitalar para todos os outros doentes, particularmente aqueles com pontuação na CRB65 ≥ 2

Pontuação na CURB65 para avaliação do risco de morte no hospital

A pontuação na CURB65 é calculada dando 1 ponto a cada um dos seguintes fatores de prognóstico:

- confusão (classificação ≤ 8 no *Abbreviated Mental Test Score*, ou nova desorientação referente a pessoas, tempo ou espaço)
- aumento da uremia (> 7 mmol/litro)
- aumento da frequência respiratória (≥ 30 ciclos por minuto)
- pressão arterial baixa (diastólica ≤ 60 mmHg ou sistólica < 90 mmHg)
- idade ≥ 65 anos

Os doentes são estratificados por risco de morte da seguinte forma:

- 0 ou 1: baixo risco ($< 3\%$ de risco de morte)
- 2: risco intermédio (3-15% de risco de morte)
- 3 ou 5: alto risco ($> 15\%$ de risco de morte)

Use a avaliação médica juntamente com a pontuação na CURB65 para guiar a abordagem à pneumonia adquirida na comunidade, da seguinte forma:

- considere o tratamento domiciliário para doentes com pontuação na CURB65 de 0 ou 1
- considere cuidados hospitalares para doentes com pontuação na CURB65 ≥ 2
- considere avaliação de cuidados intensivos para doentes com pontuação na CURB65 ≥ 3

Delírio

Quais são os fatores de risco para o delírio?

Avalie os doentes nas primeiras 24 horas após admissão hospitalar para os fatores de risco seguidamente apresentados. Se algum destes fatores de risco estiver presente, a pessoa está em risco de delírio e deve ser observada cada vez que houver possibilidade de alteração dos fatores de risco:

- 65 anos ou mais
- alterações cognitivas (passadas ou presentes) e/ou demência
- fratura da anca atual
- doença grave (condição clínica que se está a deteriorar ou em risco de deterioração)

Quais são os indicadores de delírio?

Uma vez que o doente seja identificado como em risco, avalie as alterações ou flutuações recentes (dentro de horas ou dias) do seu comportamento. Estas podem ser referidas pela própria pessoa em risco, por um cuidador ou familiar. Preste particular atenção a comportamentos indicadores de delírio hipoativo (marcado com *).

Estas alterações do comportamento podem afetar:

- função cognitiva: por exemplo, dificuldade na concentração*, respostas lentificadas*, confusão
- percepção: por exemplo, alucinações visuais ou auditivas
- função física: por exemplo: redução da mobilidade*, redução do movimento*, inquietação, agitação, alterações no apetite*, distúrbios do sono
- comportamento social: por exemplo, falta de cooperação perante pedidos razoáveis, afastamento*, alterações na comunicação, estado de espírito e/ou atitude.

Se alguma destas alterações de comportamento estiver presente, deve ser feita uma avaliação clínica por parte de um profissional de saúde competente e treinado para diagnosticar delírio, no sentido de confirmar o diagnóstico (ex.: os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) ou o *short Confusion Assessment Method* (short CAM) devem ser usados). Nos cuidados intensivos ou na sala de recobro deve usar-se o CAM-ICU.

Que intervenções podem prevenir o delírio?

Assegure que as pessoas em risco de delírio são tratadas por uma equipa de profissionais de saúde que lhe sejam familiares.

Baseado nos resultados desta avaliação de risco, providencie uma [intervenção multi-componente](#) adaptada às necessidades individuais da pessoa e do local de cuidados.

Que tratamento pode ser utilizado para o delírio?

Assegure uma comunicação efetiva e uma reorientação da pessoa (explicar onde está/ quem é/ qual o seu papel ali) e tranquilizar a pessoa diagnosticada com delírio. Considere envolver a família, os amigos e os cuidadores.

Se a pessoa em delírio estiver angustiada/aflita ou se representar um risco para si própria ou para outros, comece por utilizar técnicas verbais e não verbais para reduzir a intensidade da situação. A agitação pode ser menos notória em pessoas com delírio hipoativo, que podem ficar agitadas de igual forma devido a, por exemplo, sintomas psicóticos.

Dê informações às pessoas em risco ou que estão em delírio e aos seus familiares e/ou cuidadores, nomeadamente:

- informe que o delírio é frequente e normalmente temporário
- descreva a experiência das pessoas em delírio
- encoraje as pessoas em risco e os seus familiares e/ou cuidadores a informar a equipa de profissionais de saúde sobre mudanças súbitas ou flutuações no comportamento
- encoraje a pessoa que teve delírio a partilhar a sua experiência de delírio com os profissionais de saúde, durante a recuperação
- aconselhe a pessoa sobre grupos de apoio.

Assegure que a informação fornecida é adequada às necessidades culturais, cognitivas e de comunicação da pessoa.

Intervenção multi-componente

Alteração cognitiva e/ou desorientação	<ul style="list-style-type: none">• providencie iluminação apropriada e sinalização clara; um relógio (considere um relógio de 24 horas nos cuidados intensivos) e um calendário facilmente visível para pessoas em risco• fale com a pessoa para a re-orientar explicando onde está, quem são e qual o seu papel• introduza atividades cognitivamente estimulantes (por exemplo, reminiscência)• facilite a visita regular de familiares e amigos
Condição clínica	<ul style="list-style-type: none">• assegure a ingestão regular de fluidos para prevenir a desidratação, encorajando a pessoa a beber• avalie a hipóxia e otimize a saturação de oxigénio se necessário, desde que clinicamente adequado
Imobilidade ou mobilidade limitada	<ul style="list-style-type: none">• mobilize precocemente após a cirurgia• marcha (providencie auxiliares de marcha se necessários – estes devem estar sempre disponíveis)• encoraje todos os doentes, mesmo os que não consigam andar, a realizar movimentos ativos para manutenção das amplitudes articulares
Dor	<ul style="list-style-type: none">• avalie a presença de dor• esteja atento a sinais não-verbais de dor, particularmente em doentes com dificuldades de comunicação (por exemplo, doentes com dificuldades de aprendizagem ou demência, ou doentes ventilados ou com traqueostomia)
Alteração sensorial	<ul style="list-style-type: none">• assegure que ajudas visuais ou auditivas estão acessíveis e são usadas pelos doentes que precisam delas, e assegure que estas estão a funcionar adequadamente

Prevenção de quedas

As pessoas idosas em contacto com profissionais de saúde devem ser frequentemente questionadas se caíram no último ano e sobre a frequência, contexto e características da(s) queda(s). As pessoas hospitalizadas com mais de 65 anos têm maior risco de queda. Doentes mais novos, com idades entre 50-64 anos, também terão maior risco de queda, caso tenham alguma condição subjacente que aumente o seu risco.

Algumas medidas para reduzir o risco de queda incluem:

- assegurar que aspetos relacionados com o ambiente do internamento (incluindo o chão, a iluminação, o mobiliário e os acessórios como pegas para as mãos) que possam afetar o risco de queda dos doentes são sistematicamente identificados e considerados
- realizar uma avaliação multifatorial incluindo:
 - alterações cognitivas
 - problemas de continência
 - história de quedas, incluindo as causas e as consequências (tais como lesões e medo de cair)
 - calçado, desadequado ou inexistente
 - problemas de saúde que possam aumentar o risco de queda
 - medicação
 - instabilidade postural, problemas de mobilidade e/ou de equilíbrio
 - síndrome sincopal
 - défices visuais
- assegurar que qualquer abordagem multifatorial aborda prontamente os fatores de risco de queda individuais identificados durante o internamento e que tem em conta se os fatores de risco podem ser tratados, melhorados ou geridos durante o tempo previsto de internamento. Esta intervenção deve ser adequada aos fatores de risco de queda individuais.

Se a pessoa cair no hospital, deve-lhe ser fornecida informação relevante oral e escrita, nomeadamente:

- explicar os fatores de risco de queda individuais do doente no hospital
- demonstrar ao doente como utilizar linhas de apoio (ex., Linha SNS 24) e encorajar a sua utilização sempre que precisar de ajuda
- informar os membros da família e os cuidadores sobre quando e como subir e descer as camas
- dar informações consistentes sobre quando o doente deve pedir ajuda antes de se levantar ou movimentar na cama
- ajudar o doente a participar em qualquer intervenção que tenha como objetivo melhorar o seu risco individual de queda enquanto estiver internado.