

Notícia

“UM DOS TEMAS DE MAIOR RELEVÂNCIA NA GERIATRIA”, SEGUNDO SOFIA DUQUE, COORDENADORA DO NEGERMI-SPMI

Prevenir as quedas nos idosos recorrendo ao diagnós

O Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI organizou uma ação formativa *online* sobre um dos grandes problemas de saúde atuais: as quedas nos idosos. Especialistas de diferentes grupos profissionais alertaram para a necessidade de se fazer uma avaliação global dos fatores de risco.

A fragilidade e a falta de autonomia nos idosos podem ser desencadeadas por uma queda que, mesmo parecendo simples, pode vir a ter repercussões graves na sua saúde global. Para abordar este problema, o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (NEGERMI-SPMI) organizou, em fevereiro, um *webinar* intitulado “Queda nos idosos” que contou com mais de um milhar de inscritos.

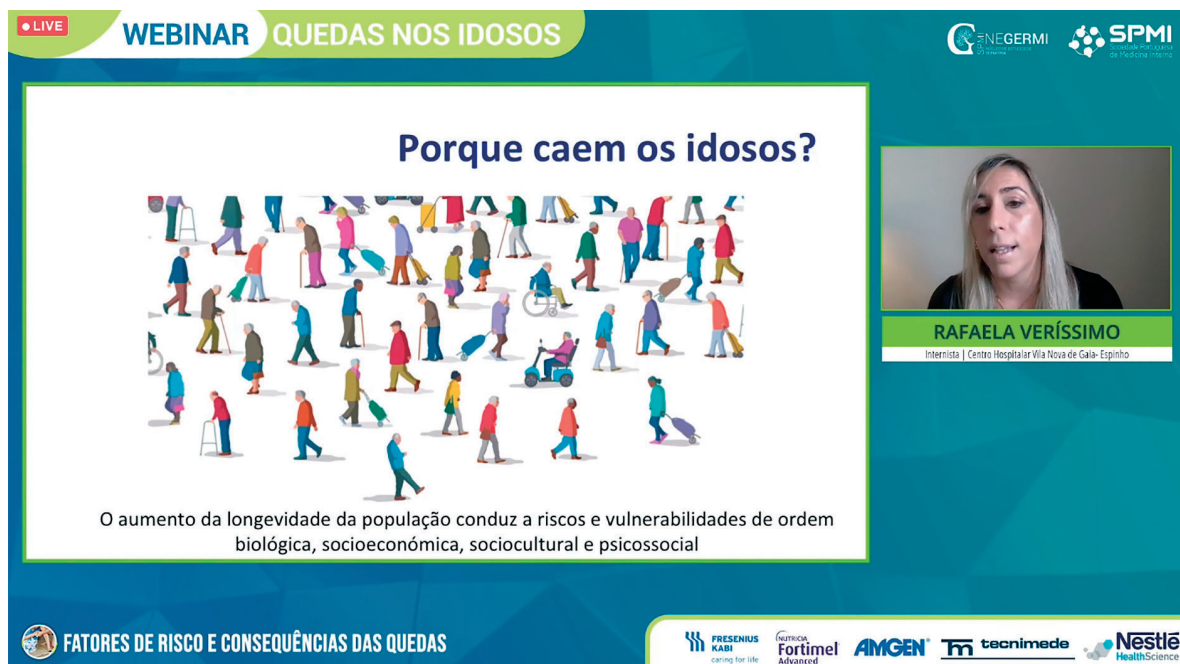
“Este é um dos temas de maior relevância na Geriatria, porque tem que ver com episódios que podem ser dramáticos, comprometendo a qualidade de vida e, em última instância, levar à morte”, sublinha Sofia Duque, coordenadora do NEGERMI e internista do Hospital CUF Descobertas.

A responsável realça, em declarações à *Just News*, que assistiram a este debate internos e especialistas de Medicina Interna e de Medicina Geral e Familiar mas também elementos de outros grupos profissionais, alguns deles de entidades comunitárias. “Sente-se, realmente, a necessidade de haver formação nesta área para se ter a melhor abordagem, mas também para se investir na prevenção, quer primária como secundária”, diz Sofia Duque.



Sofia Duque: “Este é um dos temas de maior relevância na Geriatria. Em última instância, pode levar à morte”

No *webinar* participaram os internistas Rafaela Veríssimo, do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), e Lia Marques, do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), assim como Rui Santos, fisiatra do Centro de Reabilitação do Norte-CHVNG/E, Fernando Rodrigues, enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação no Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), e Teresa Santos, fisioterapeuta do HBA. No final, foi apresentado um caso clínico pela internista Rita Silvério, do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).



Risco de queda pode ser reduzido em 16 a 50%

A primeira intervenção esteve a cargo de Rafaela Veríssimo, que tem competência em Geriatria e que alertou para o facto de “para muitos idosos uma queda ser um simples desequilíbrio”. Esta é mesmo a 2.ª

Segundo Rafaela Veríssimo, são vários os fatores intrínsecos e extrínsecos que podem contribuir para este flagelo. “Quem tem entre 75 e 84 anos e precisa de ajuda para a realização de atividades de vida diária (AVD) tem 14 vezes mais probabilidade de queda”, referiu. Nestas AVD está, por exemplo, a dificuldade em levantarem-se de uma cadeira sem a ajuda dos braços, ou a marcha instável.

Entre os fatores intrínsecos destacam-se o sexo feminino, antecedentes de queda e medo em cair, problemas de mobilidade, osteoporose, hipotensão ortostática, deficiência em vitamina D, polimedicação e vertigem. Os fatores extrínsecos estão mais relacionados com calçado inadequado, iluminação inapropriada, piso escorregadio (os tapetes, por exemplo, são um perigo) e obstáculos diversos.

A própria medicação que os idosos fazem pode ser um grande fator de risco, com destaque para o uso de anticonvulsivantes, psicotrópicos sedativos/hipnóticos, benzodiazepinas, neurolépticos e antidepressivos.

“É importante explorar sempre, de forma ativa, os episódios de queda no ano precedente e/ou o risco de queda. Basta, para isso, fazer algumas perguntas, para se procurar saber quantas vezes ocorreu este tipo de incidente no último ano, se a pessoa sente medo de cair e se se desequilibra”, explica Rafaela Veríssimo.

A médica salienta que a anamnese e uma boa história clínica vão permitir diagnosticar o que poderá estar por detrás da queda, de modo a que se possam prevenir outras situações no futuro, ao otimizar-se o estado global de saúde do doente. E apontou várias entidades clínicas subjacentes a que se deve estar atento, como

a patologia musculoesquelética, sarcopenia, anormalidades nos pés, dificuldades na visão e na audição, ou a síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS).

Rafaela Veríssimo sublinharia que o risco de queda pode ser reduzido em 16 a 50% apenas promovendo alterações ao nível dos fatores de perturbação do equilíbrio e da força muscular, das dificuldades na marcha e da polimedicação.

Como mensagem final, deixou claro que o ideal é encaminhar os doentes de risco para uma avaliação multifatorial por uma equipa multidisciplinar, direcionada por Geriatria. Não sendo possível, deve-se tentar sempre perceber o que desencadeou o acidente e o que se pode fazer em termos preventivos.



Rafaela Veríssimo

Esta indicação é corroborada por Sofia Duque, para quem, como salientou na sua intervenção, “a melhor metodologia é a avaliação geriátrica global (AAG), que assenta numa visão biopsicossocio-

funcional, envolvendo uma equipa multi e interdisciplinar”. Desta interação entre especialidades médicas e vários profissionais de saúde é possível criar um plano de cuidados individualizado, “integrado e coerente”, com enfoque nas necessidades reais dos doentes.

“As quedas são uma das principais síndromes geriátricas. E todas elas se autopotenciam, conduzindo à síndrome geriátrica major – a fragilidade –, que, não sendo revertida, é caminho para a incapacidade, a dependência, a institucionalização e até a morte”, afirmou Sofia Duque.

A internista apresentou mesmo um algoritmo que, segundo disse, pode ajudar os profissionais a prever o risco, bastando para o efeito colocar algumas questões para se saber a frequência, as circunstâncias da queda, os sintomas prodrômicos e as consequências. E um dos pontos que considerou ser fundamental na história clínica é o despiste de sarcopenia, uma doença comum nos idosos e que está associada a quedas, sensação de cansaço, marcha lenta, dificuldade em a pessoa levantar-se de uma cadeira, perda de peso e atrofia muscular.

A coordenadora do NEGERMI lembrou também que a prevenção não se pode cingir ao conhecimento da situação global de saúde do doente, devendo-se também apostar na educação para a saúde. É necessário realçar, quer junto dos idosos como dos seus cuidadores, que a alimentação deve ser equilibrada e que pode ser importante tomar suplementos, como cálcio, vitamina D e vitamina B12.

Serviço de Urgência: a oportunidade para se conseguir uma abordagem preventiva

Sendo certo que a maioria das quedas acontece em casa ou na rua, não deixa de ser muito importante intervir nas próprias instituições de saúde, nomeadamente nos serviços de Urgência. Lia Marques, responsável médica pela Unidade de Ortopedia do Hospital Beatriz Ângelo, deu a conhecer o Plano de Prevenção de Quedas daquela instituição hospitalar.

A ideia de se criar este projeto no HBA surgiu quando um estudo realizado em 2014 permitiu concluir que 57% dos relatórios feitos no Serviço de Urgência não especificavam as circunstâncias da queda, mesmo que 70% dos casos a mesma originasse uma fratura. “Para nós, foi um grito de alerta. Tínhamos que fazer alguma coisa”, frisou a médica.

Desenhou-se, então, o denominado Plano de Prevenção de Quedas, com o objetivo de sensibilizar os diferentes profissionais de saúde para a necessidade de

tico precoce e à abordagem holística

se fazer a história clínica do doente e de o encaminhar para uma consulta de acompanhamento. Foram também adotadas medidas de segurança.

“A avaliação na Urgência é uma oportunidade para se conseguir uma abordagem preventiva, evitando, desta forma, o sofrimento e as consequências mais graves e, até, os enormes custos associados aos tratamentos ou a abstenção laboral de cuidadores.” Para Lia Marques, é preciso “quebrar o ciclo vicioso das quedas, que leva ao medo, à imobilidade e às várias síndromes geriátricas”.



Lia Marques

E o tempo não tem que ser um entrave, segundo fez questão em salientar, destacando um teste “simples” que se pode fazer: o *Timed Up and Go*, que consiste em pedir ao doente que se levante da cadeira, ande 3 metros e volte para trás. Se demorar mais de 12 segundos, deve ser referenciado para consulta de marcha e equilíbrio.

O papel dos diferentes grupos profissionais

Rui Santos, um dos poucos fisiatras com competência em Geriatria, representou a Medicina Física e de Reabilitação neste *webinar* promovido pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da SPMI. O especialista alertou para a necessidade de se procurar despistar a denominada síndrome de desadaptação psicomotora, que aumenta o risco de queda. Os sinais e os sintomas mais



Rui Santos

comuns são a instabilidade postural (retropulsão do tronco e anteriorização sagrada) na posição de sentado. Em pé, observa-se

um mecanismo compensatório, com flexão do tronco e dos joelhos e suporte bipodálico concentrado no calcanhar. Entre as me-

didias a adotar perante estes casos clínicos, realçou o papel dos exercícios de fortalecimento postural.

Esta abordagem exige ainda uma inter-

(Continua na pág. 14)

Notícia

(Continuação da pág. 13)

venção multidisciplinar, contando também com o papel dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, como apontou Fernando Rodrigues. “É importante proteger, conhecendo-se a dimensão da vulnerabilidade. Comunicar com o doente e os cuidadores



Fernando Rodrigues

para lhes falar do risco e de medidas preventivas é essencial”, refere Rui Santos. É também crucial conhecerem-se as escalas mais adequadas para avaliação, nunca esquecendo a segurança no hospital, e registar-se todas as informações no



Teresa Santos

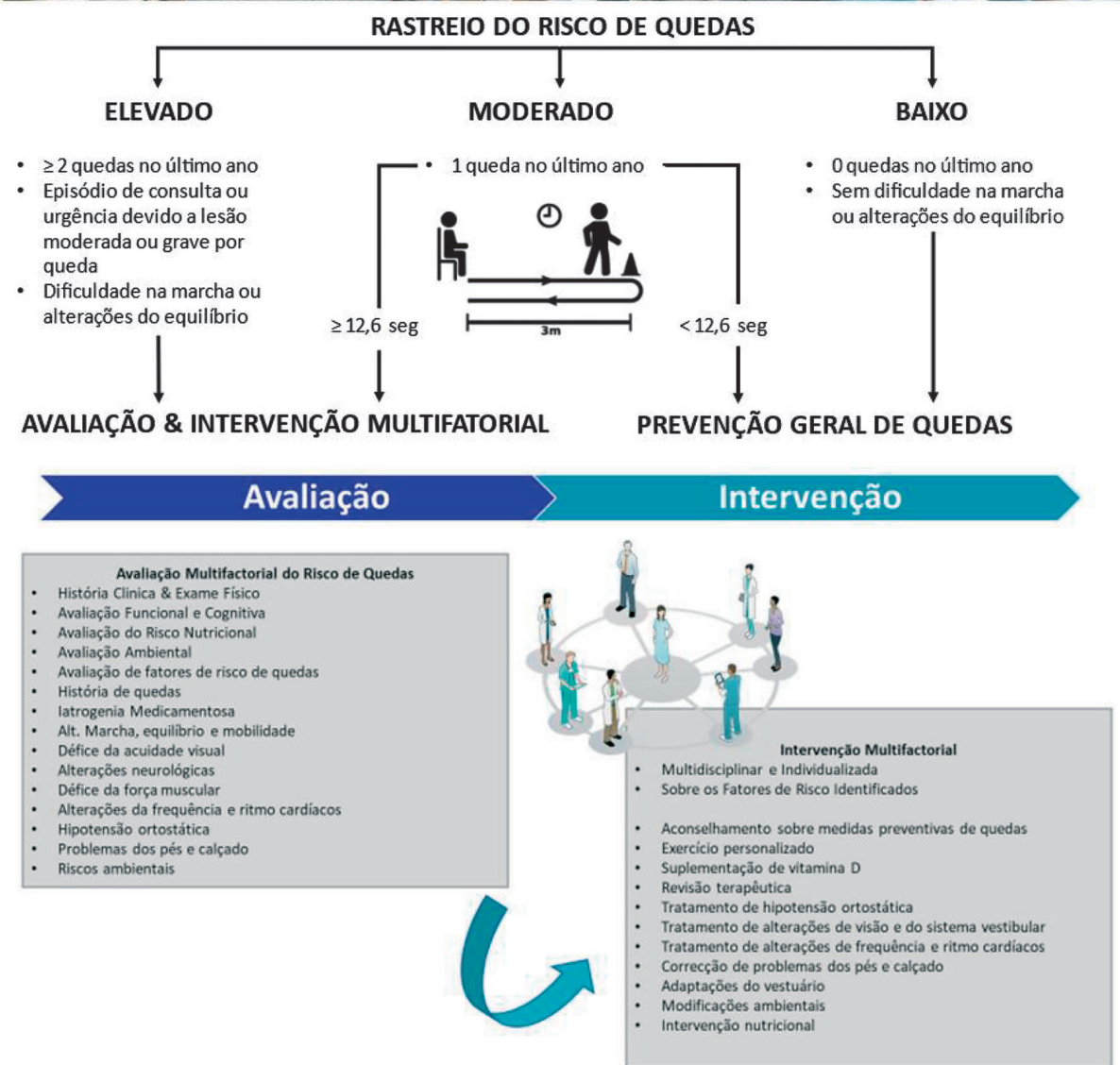
processo clínico, para que haja continuidade de cuidados após a alta. Da parte da Fisioterapia, Teresa Santos falou da intervenção individualizada, que deve sempre contemplar o treino de força, equilíbrio e marcha, bem como treino da coordenação, flexibilidade e *endurance*. “Deve-se incluir ainda a correção dos perigos do meio envolvente, como tapetes escorregadios, ou calçado inadequado, entre outros”, acrescentou. Ao fisioterapeuta cabe também a prescrição e a monitorização do exercício físico que, para estes casos, deve ter em conta algumas premissas, tais como: dose suficiente

para produzir efeito (2h semanais) e exercício continuado ao longo do tempo (em comunidade ou no domicílio), entre outras. No final do *webinar*, a internista Rita Silvério apresentou um caso clínico e colocou algumas questões para que os participantes pudessem pôr em prática os conhecimentos.



Rita Silvério

Em jeito de conclusão, Sofia Duque recordou que “as quedas ocorrem sem aviso prévio e que podem afetar pessoas robustas e até em situações que parecem absurdas”. Deve-se, assim, apostar na prevenção e num diagnóstico adequado, mesmo na Urgência, para que haja continuidade de cuidados. “É nossa responsabilidade, enquanto NEGERMI, contribuir para a formação, porque queremos que o maior número possível de idosos possa ter apoio e ver reduzido o risco de queda”, afirmou ainda Sofia Duque.



O impacto das quedas

- 40-60% das quedas geram algum tipo de lesão, sendo que 25% são graves (TCE, fraturas); 7-10% requerem tratamento médico; 1/3 requer internamento (fraturas, TCE, lesões dos membros)
- Mortalidade por queda aos 80 anos é 6 vezes maior do que entre os 65-79 anos.
- Consequências físicas: contusões, hematomas, lesões dos punhos, extremidades, tecidos moles e pele, fratura do colo do fémur, pescoço, costelas, imobilidade, incapacidade funcional e descondicionamento.
- Consequências psicológicas: medo de cair (fator de risco e consequência), depressão, perda de autoestima e ansiedade.
- Consequências sociais: isolamento, hospitalização, intervenções cirúrgicas, aumento da dependência de 3.ª pessoa e da institucionalização em lares e UCC.
- Custos diretos: medicamentos e serviços adequados, como consultas médicas, tratamento e reabilitação.
- Custos indiretos: perdas de produtividade na sociedade relacionados com as atividades nas quais os indivíduos ou os cuidadores estariam envolvidos, caso não tivessem de cuidar de lesões causadas pelas quedas (ex. perda de rendimentos).

Avaliação de risco e prevenção

Fatores intrínsecos: sexo feminino; antecedente de queda, medo de cair, alteração da marcha, problemas de mobilidade, osteoporose, doença de Parkinson, diabetes, IU, alteração da proprioceção, alteração do equilíbrio, fraqueza muscular, limitação funcional, comprometimento cognitivo, depressão, hipotensão ortostática, deficiência de vitamina D, polifarmácia e vertigem.

Fatores extrínsecos: calçado impróprio, iluminação inadequada, tapetes dobrados ou soltos, pisos escorregadios, ausência de corrimão em escadas e banheiros, degraus altos e estreitos, obstáculos no caminho, fatores socioeconómicos.

Medicação: uso de anticonvulsivos, psicotrópicos sedativos/hipnóticos, benzodiazepinas, neurolépticos, antidepressivos.