

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Catarina de Castro Gomes

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM GERIATRIA

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Geriatria orientado
pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e
apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Setembro de 2023

CONTEÚDO

Agradecimentos	3
Acrónimos e siglas	4
Resumo.....	6
Abstract	7
1 Introdução	8
2 Estágio em Geriatria no Hospital de San Carlos	9
2.1 Contextualização	10
2.2 Objetivos do estágio.....	13
2.3 Descrição do Serviço de Geriatria do Hospital Clínico de San Carlos.....	14
2.4 Atividades desenvolvidas	17
2.4.1 Registos Clínicos	21
2.4.2 Consulta externa	23
2.4.3 Geriatria de Ligação.....	32
2.4.4 Consulta ao domicílio	34
2.4.5 Hospital de Dia Geriátrico	37
2.4.6 Atividade Científica	41
3 Conclusão	42
4 ANEXOS	43
4.1 Anexo 1: protocolo de abordagem das quedas nos cuidados de saúde primários	43
4.2 Anexo 2: comprovativos de estágio	44
5 Bibliografia	47

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer ao Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo, meu orientador de Mestrado, pela disponibilidade que manifestou na resposta a todos os meus emails relativos à realização deste estágio.

À Inês que me motivou, sempre, para nunca desistirmos deste estágio, apesar das adversidades.

Um agradecimento à equipa multidisciplinar da Unidade de Geriatria do Hospital Clínico San Carlos, em especial ao Dr. Carlos Verdejo Bravo, orientador do estágio, que desde o primeiro minuto se mostrou totalmente disponível e foi central para a minha aquisição de conhecimentos.

Agradeço, por fim, ao Matheus, pelas inúmeras viagens Porto – Madrid, e pelos dias difíceis de teletrabalho, para me fazer companhia numa cidade que era, até então, desconhecida.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AA	Age Aging
AGG	Avaliação Geriátrica Global
AIM	Annals of Internal Medicine
AJM	American Journal of Medicine
ApoE	Apolipoproteína E
CIRS-G	Cumulative Inness Rating Scale-Geriatric
ECG	Electrocardiograma
Escala ECOG	Escala Eastern Cooperative Oncology Group
EQ-5D	EroQol-5D
GSD	Global Scale Dementia
HCSC	Hospital Clínico San Carlos
HDG	Hospital Dia Geriátrico
IC	Insuficiência Cardíaca
JAGS	Journal of American Geriatrics Society
LRA	Lesão Renal Aguda
MCDTs	Meios complementares de diagnóstico e tratamento
MMSE	Mini-Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MoCa	Montreal Cognitive Assesement
NEJM	New England Journal of Medicine
PEG	Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

PET	Positron Emission Tomography
RMN	Ressonância Magnética
SG	Serviço de Geriatria
SPPB	Short Physical Performance Battery Test
SU	Serviço de Urgência
TJG	The Journal of Gerontology
TO	Terapia Ocupacional
UAR	Unidades de Cuidados para Residências de Cuidados Primários

RESUMO

O presente relatório de atividades pretende descrever o estágio em Geriatria da aluna, realizado no âmbito do Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Tendo em conta que em Portugal não existem unidades de geriatria, apenas alguns serviços de ortogeriatria e alguns centros pontuais com consulta de geriatria, a aluna optou pela realização deste em Espanha.

O estágio decorreu no Serviço de Geriatria (SG) do Hospital Clínico San Carlos (HCSC), nos meses de junho e julho do presente ano.

Relativamente aos objetivos delineados para este estágio, os mesmos passaram pela aquisição de competências necessárias a uma boa prática da Geriatria, nomeadamente: aplicar corretamente a avaliação geriátrica global e as respetivas escalas de avaliação (sempre que indicadas); desenvolver as capacidades de diagnóstico e intervenção para as principais síndromes geriátricas e de gestão da plurimorbilidade; executar planos de intervenção multidisciplinar para prevenção, tratamento, manutenção ou reabilitação do doente geriátrico.

Para o cumprimento dos objetivos a que a aluna se propôs foi traçado um plano personalizado e ajustado às necessidades da mesma, pelo diretor do serviço. Teve a duração de 344 horas e compreendeu diferentes âmbitos (consulta externa, Hospital de dia, consulta de ligação, consulta domiciliária).

A abrangência de cuidados permitiu à aluna contactar com o doente idoso em situações muito díspares, condicionando a realização de planos de tratamento distintos, passando, em alguns casos pela sua reabilitação no Hospital de dia.

Este alcance dos cuidados disponibilizados pelo HCSC e a abertura e a disponibilidade de todos os elementos da equipa, permitiu à aluna cumprir todos os objetivos delineados e até superá-los em algumas situações.

Palavras-chave: Geriatria; Avaliação Geriátrica Global

ABSTRACT

This report aims to describe the student's internship in Geriatrics, carried out as part of the Master's Degree in Geriatrics at the Faculty of Medicine of the University of Coimbra.

Bearing in mind that in Portugal Geriatric Services are non-existent, the intern opted for this to be carried out in Spain. The internship took place at the Geriatrics Service (SG) of the Hospital Clínico San Carlos (HCSC), in June and July of this year.

Regarding the objectives outlined for this internship, they included the acquisition of skills necessary for a better Geriatrics practice, namely: correctly applying the global geriatric assessment and the respective assessment scales (whenever indicated); develop diagnostic and intervention capabilities for the main geriatric syndromes and multiple morbidity management; execute multidisciplinary intervention plans for prevention, treatment, maintenance or rehabilitation of geriatric patients.

To achieve the objectives that the student set for herself, a personalized plan was made. It lasted 344 hours and covered different areas (outpatient consultation, day hospital, liaison consultation, home consultation).

The scope of care allowed the student to contact with elderly patients in very different situations, conditioning the implementation of different treatment plans, including, in some cases, their rehabilitation in the day hospital.

This range of care provided by HCSC allowed the student to meet all the objectives outlined and even surpass them in some situations.

Keywords: Geriatrics; Global Geriatric Assessment

1 INTRODUÇÃO

Caminhamos para uma sociedade cada vez mais envelhecida. A idade média da população em Portugal fixou-se em 2022 nos 46,8 anos, a segunda mais elevada entre os 27 Estados-membros da União Europeia (UE), tendo sido a que mais aumentou nos últimos 10 anos, revelam dados do Eurostat.(1)

E se por um lado os avanços da medicina colocam à disposição novas terapêuticas, por outro é necessária uma valorização do paciente geriátrico para além das suas patologias, considerando-o como um todo em todo o seu contexto.

A Medicina Geral e Familiar é, talvez, a especialidade mais afiliada desta perspetiva. Porém, o raciocínio médico deve ser treinado para se adaptar a este contexto. A teoria tão somente, é insuficiente.

Tendo presente os alicerces teóricos, construídos durante o primeiro ano deste mestrado, a necessidade veemente de ir um pouco mais além e extrapolá-los para a prática clínica, levou a aluna além fronteiras para a realização deste estágio.

Nos meses de junho e julho de 2023, a aluna teve a oportunidade de conhecer e acompanhar a SG do HCSC.

O HCSC é um hospital com quase 220 anos de história. Atualmente é o hospital de referência da zona sete de Madrid e abrange uma população entre os 500 e os 600.000 habitantes, sendo que as pessoas com 65 ou mais anos representam cerca de 20% da população total(2). O Serviço de Geriatria do HCSC foi inaugurado em 1984.

Este foi um estágio que decorreu em diferentes contextos (consulta externa, Hospital de dia, consulta de ligação, consulta domiciliária). Nestas valências o foque é sempre o doente em todo o seu contexto biopsicossocial, através de uma equipa interdisciplinar.

2 ESTÁGIO EM GERIATRIA NO HOSPITAL DE SAN CARLOS

O presente relatório foi elaborado no âmbito da conclusão do Mestrado em Geriatria da Universidade de Coimbra e pretende descrever o estágio de Geriatria realizado no HCSC (Fig 1).

Foi efetuado entre os dias 01 de junho e 31 de julho de 2023 e perpez um total de 344h.

Este estágio foi planeado, discutido e orientado pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo. Este decorreu sob a coordenação do Dr. Carlos Verdejo Bravo.



Figura 1 Hospital Clínico San Carlos, onde decorreu o estágio durante os meses de junho e julho de 2023

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A pirâmide populacional da Espanha continua sua evolução com aumento da idade média e aumento da proporção de idosos (Fig2). Em janeiro de 2022 existiam 9.310.828 idosos, o que corresponde a 19,65% da população total. A proporção de octogenários continua a aumentar, representando 6% de toda a população, e continuarão a progredir em proporção, num processo de superenvelhecimento da população mais idosa. Só na comunidade autónoma de Madrid, a população centenária perfaz já os 2 615 indivíduos, sendo 482 do sexo masculino 2.133 do sexo feminino. (3)

Em Portugal também se verifica este envelhecimento demográfico, mas de forma ainda mais acentuada (Fig3). Em 2022, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens.(4) Em Espanha, esta razão está na ordem dos 142 idosos por cada 100 jovens.(3)

A população portuguesa é a que está a envelhecer a um ritmo mais acelerado no conjunto dos 27 Estados-membros da União Europeia (UE), segundo o Eurostat. Em 2022, metade da população portuguesa tinha mais do que 46,8 anos de idade, a segunda idade mediana mais elevada no conjunto dos países analisados. (1)

Apesar de algumas diferenças, entende-se que ambos os países enfrentam um problema comum que, todavia, tem recebido abordagens diametralmente opostas por parte das respetivas entidades governamentais.

Na Espanha, a *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* foi fundada em 1948. De 1946 até meados dos anos 50, foram organizados vários cursos médicos de pós-graduação, que provavelmente são os primeiros cursos oficiais de Geriatria em todas as escolas europeias de Medicina. A Geriatria foi reconhecida como especialidade médica em 1978. O programa de formação tem a duração de 4 anos.(5) A especialidade de enfermagem geriátrica é relativamente recente, tendo sido aprovada por Decreto Real em 2005. Em 2020 o HCSC inicia a formação de enfermeiros nesta área.(6)

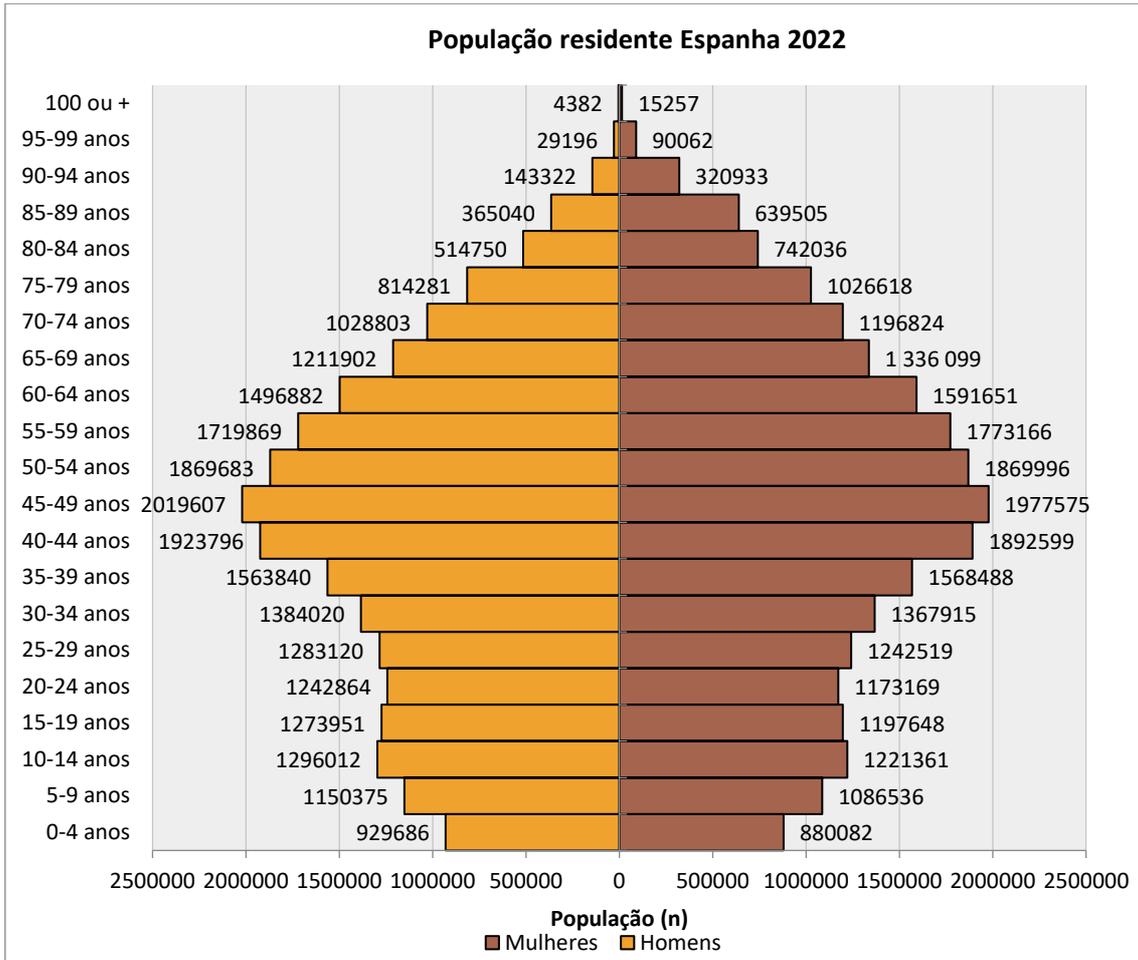


Figura 2 População residente Espanha 2022: por sexo e por grupo etário. Fontes de Dados: Instituto Nacional de Estatística Espanhol. Consulta em julho de 2022.

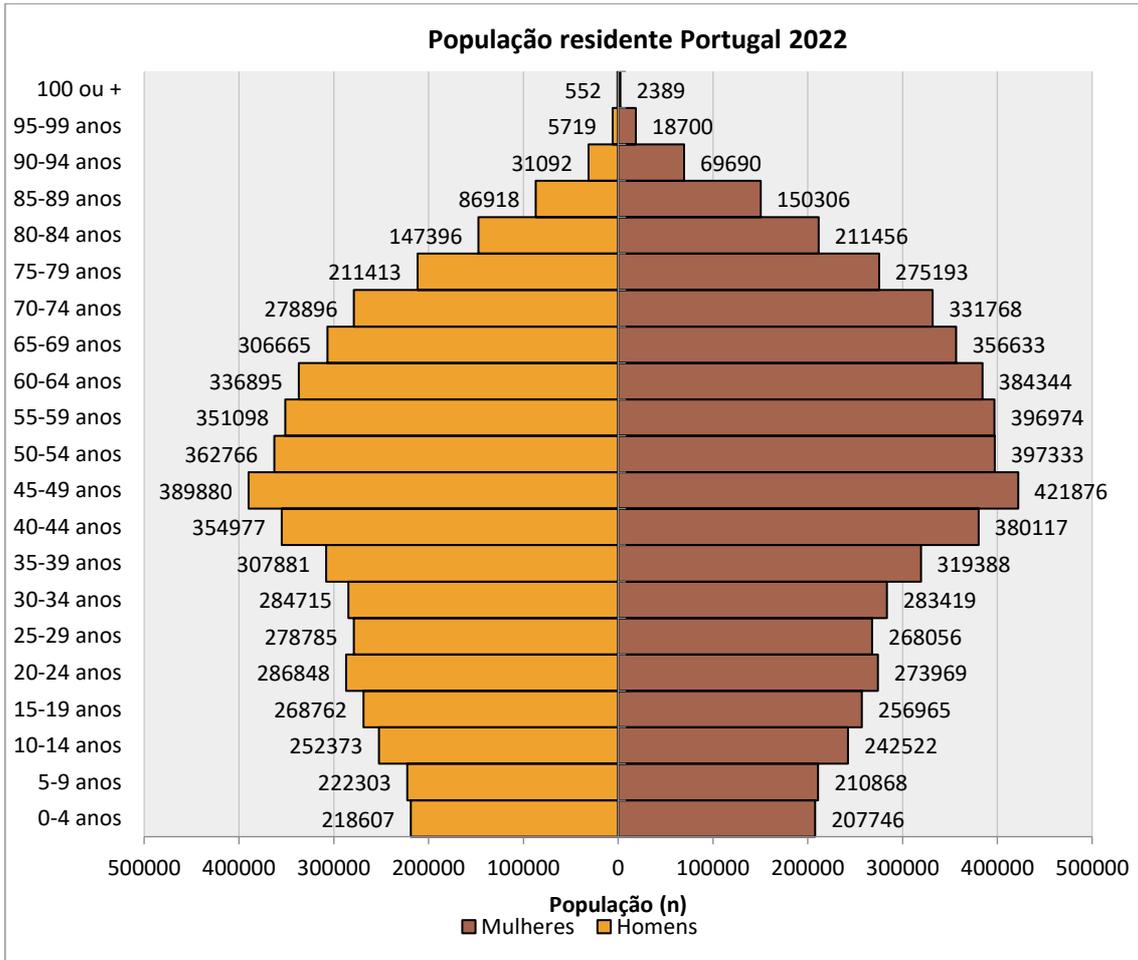


Figura 3: População residente em Portugal 2022: por sexo e por grupo etário. Fontes de Dados: PORDATA. Última atualização: 2023-06-02, acessado a julho de 2023.

2.2 OBJETIVOS DO ESTÁGIO

Atendendo à ausência de atividade prática durante a formação académica da aluna, esta reconheceu que as lacunas eram de facto muitas. Porém, atendendo a que este estágio teve somente a duração de dois meses, obrigou a que a aluna delineasse objetivos sobretudo a curto prazo e ajustados aos serviços que o respetivo serviço disponibilizava. De seguida enumeram-se alguns:

1. Assistir à realização da avaliação geriátrica global pelos diferentes profissionais de saúde (médicos, terapeutas e enfermeiros), e registar as diferentes escalas aplicadas para esse propósito. Participar e auxiliar, posteriormente, na execução da mesma;
2. Saber identificar as principais síndromes geriátricas e respetiva atuação clínica;
3. Fazer a avaliação multifatorial da queda, identificando os fatores predisponentes e precipitantes e intervir na modificação dos mesmos;
4. ganhar contacto com variados planos de reabilitação funcional individualizados a diferentes idosos;
5. praticar a avaliação e a intervenção terapêutica em idosos com sarcopenia e desnutrição;
6. perceber como é feita a abordagem e avaliação do doente com disfagia. Sistematizar as principais recomendações e cuidados com este tipo de pacientes;
7. tomar nota das particularidades de um domicílio que é realizado a um doente geriátrico;
8. perceber a dinâmica da relação e a abertura entre o SG e as diferentes residências de idosos que são abrangidas pelo HCUSC;
9. conhecer o funcionamento do Serviço Social na Espanha, aprendendo nomeadamente como é feita a gestão dos recursos da comunidade existentes;
10. Desenvolver capacidades no âmbito da Psicogeriatria;
11. Aprofundar a abordagem de doentes com suspeita ou com o diagnóstico de demência, nomeadamente no que toca à correta aplicação dos diferentes testes e à sua interpretação;
12. Adquirir competências que visem capacitar a aluna de um raciocínio clínico para efetuar uma adequada revisão terapêutica e, sempre que se imponha, uma apropriada desprescrição de fármacos.

2.3 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE GERIATRIA DO HOSPITAL CLÍNICO DE SAN CARLOS

O Hospital Clínico San Carlos é um hospital público localizado no distrito Moncloa-Aravaca da cidade de Madrid. Tem mais de 220 anos de história e é o hospital de referência para a zona sete de Madrid, abrangendo uma população de pouco mais de 500.000 habitantes. Dá cobertura a centros de cuidados primários e dois grandes centros de especialidades (Modesto Lafuente e Avenida de Portugal).

O Serviço de Geriatria iniciou a sua atividade em 1984 e tem vindo a aumentar progressiva e gradualmente os diferentes níveis de cuidados que hoje constituem a sua oferta de cuidados à população idosa.

O serviço é composto pelas seguintes unidades:

1. Unidade de agudos: Hoje situa-se no oitavo Piso da ala Norte, zona B. Oficialmente composta por 37 camas. Recebe doentes geriátricos essencialmente admitidos pelo serviço de urgência, que por algum motivo necessitem de cuidados de internamento. Esta unidade é assegurada por cinco médicos especialistas em geriatria e entre quatro e seis internos da especialidade. Conta ainda com 10 enfermeiros especialistas em Geriatria. Recebe também o apoio da unidade de disfagia, através da qual um enfermeiro realiza testes de volume de viscosidade e educação em saúde. Recebe aproximadamente 1.200 doentes por ano.
2. Unidade Ortogeriátrica e avaliação intra-hospitalar: Recebe sobretudo doentes internados pelo Serviço de Ortopedia por fratura da anca que devem completar a recuperação funcional antes do retorno para casa. Possui 14 camas, localizados no Serviço de Traumatologia (Ala Sul, quinto piso).
3. Cuidados Domiciliários Continuados: Abrange a área sete de Madrid. Destina-se ao acompanhamento após a alta hospitalar, numa fase em que os doentes ainda se encontram em convalescença devido ao processo agudo causado pela doença que os levou ao internamento. Este tipo de cuidados visa o controlo e revisão do tratamento naqueles com dificuldade de mobilização e que por esse motivo não se possam deslocar à Unidade de Consultas externas. A equipa é sempre composta por um interno de Geriatria do terceiro ano e por um enfermeiro especialista em Geriatria. Por dia, a equipa assiste cerca de seis a nove domicílios.
4. Unidade de consultas externas (avaliação geriátrica externa): Atualmente inclui as seguintes valências: consulta de geriatria geral, memória, oncogeriatria, cardiogeriatria,

quedas, avaliação funcional e incontinência. A maioria dos pacientes vem dos cuidados de saúde primários. Recebe o apoio de um enfermeiro especialista em Geriatria e com técnicos do hospital de dia. Estes últimos são muitas vezes solicitados para realização da avaliação funcional do doente que está em seguimento nas consultas.

5. Geriatria de Ligação: como parte de uma resposta à pandemia da COVID-19 e a necessidade de melhorar a coordenação entre hospitais e residências, em Madrid concretizou-se a implementação de equipas ou unidades de Geriatria para assegurar esta ligação.(7) Depois do grande pico pandémico estas unidades conservaram-se e direcionam agora a sua atividade para outras áreas de cuidados atualmente deficitárias, como consultas presenciais de geriatria nos lares de idosos, sessões de telemedicina, avaliação geriátrica em serviços de urgência e articulação com cuidados primários e saúde pública.
6. Hospital de Dia: Possui duas subunidades: uma de terapia ocupacional (TO) e outra de enfermagem. Funciona em horário matutino e tem capacidade para seis a oito pacientes por dia. Os pacientes são provenientes de outros níveis assistenciais do próprio serviço geriátrico e de outros serviços, caso estes apresentem limitações funcionais (reumatologia, neurologia, traumatologia, etc.). A subunidade de Enfermagem realiza pensos, colheitas, administração de medicação parentérica e outras técnicas, e conta com um enfermeiro especialista em geriatria.

O SG do HCSC é constituído por uma equipa interdisciplinar com vários profissionais de saúde. Da equipa fazem parte os seguintes elementos:

- Chefe de serviço: Prof. Pedro Gil Gregorio (Profesor Titular de Geriatria)
- Chefe de secção: Dr. Carlos Verdejo Bravo (Profesor Asociado de Medicina); Dr. Federico Cuesta Triana (Profesor Asociado de Medicina)
- Especialistas em Geriatria: Dra. Montserrat Lázaro del Nogal; Dra. Eva Pastor Vicente; Dr. Jesús Mora Fernández (Profesor Asociado de Medicina); Dr. Agustín Estrada Lastra; Dra. Marta Vigara García; Dra. Lara Guardado Fuentes (Profesora Asociada de Medicina); Dr. Daniel Padrón Guillén; Dra. Isabel Rodríguez Sánchez (Profesora Asociada de Medicina); Dr. Mario Salas Carrillo; Dra. María Eugenia Portilla Franco; Dra. Laura Bermejo García.
- Fisioterapia: Terapeuta Arturo
- Enfermeira chefe: Beatriz Solas Gómez
- Enfermeiros especialistas em Geriatria: Jara Alonso Prieto; Patricia Blázquez Simón; Carmen Díaz Martínez; Celia Etreros Sierra; Carolina Fernández Pérez; Alba García Cuesta; Ana Pascual Naval; Vanesa Salido Rizo; Melisa Sordo Fernández; Rocío Salcedo Soriano.

2.4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

As 344 horas de estágio foram distribuídas pelas mais variadas atividades nas diferentes valências do SG do HCSC de acordo com as necessidades de aprendizagem e a disponibilidade da equipa. Esta distribuição foi elaborada com a ajuda do Dr. Carlos Verdejo Bravo. Porém, este plano nunca foi estanque, mas constantemente adaptada ao longo do tempo de forma a ir de encontro aos objetivos estabelecidos (tabela 1).

Tabela 1 – Organização do Estágio.

PERIODO TEMPORAL	SERVIÇO		MÉDICO RESPONSÁVEL
1 A 9 DE JUNHO	Consulta de Geriatria Geral		Dr Mário Salas Carrillo e Dr Carlos Verdejo
12 A 24 DE JUNHO	Hospital de Dia		Dr Carlos Verdejo
26 A 30 DE JUNHO	Geriatria de Ligação		Dra Isabel Rodriguez
3 A 7 DE JULHO	Consulta de Domicílio		Dra Pilar Rojo
10 A 31 DE JULHO	Consulta Externa Especifica	- consulta de Memoria	Dr Mário Salas Carrillo
		- Consulta de cardiogeriatría	Dra Marta Vigara
		- Consulta de oncogeriatría	Dra Marta Vigara
		- Consulta de quedas	Dra Montse Lázaro

De seguida apresenta-se o horário realizado pela aluna durante os dois meses de estágio.

Tabela 2 – Horário semanal

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ªfeira
08:00h Às 09:00	Reunião de serviço				
09:00 às 09:30	Pausa				
09:30 às 16:00	Consulta, Hospital de Dia, Geriatria de Ligação ou Consulta de Domicílio				

A aluna foi convidada a integrar a assistência em todas as reuniões de serviço (fig.4). Nestas eram discutidas diversas matérias, desde a organização do serviço e atribuição de funções, bem como a apresentação de temas ou trabalhos de investigação a decorrer na respetiva unidade. Existe um programa bem definido com o sumário de cada reunião (Tabela 3 e 4).

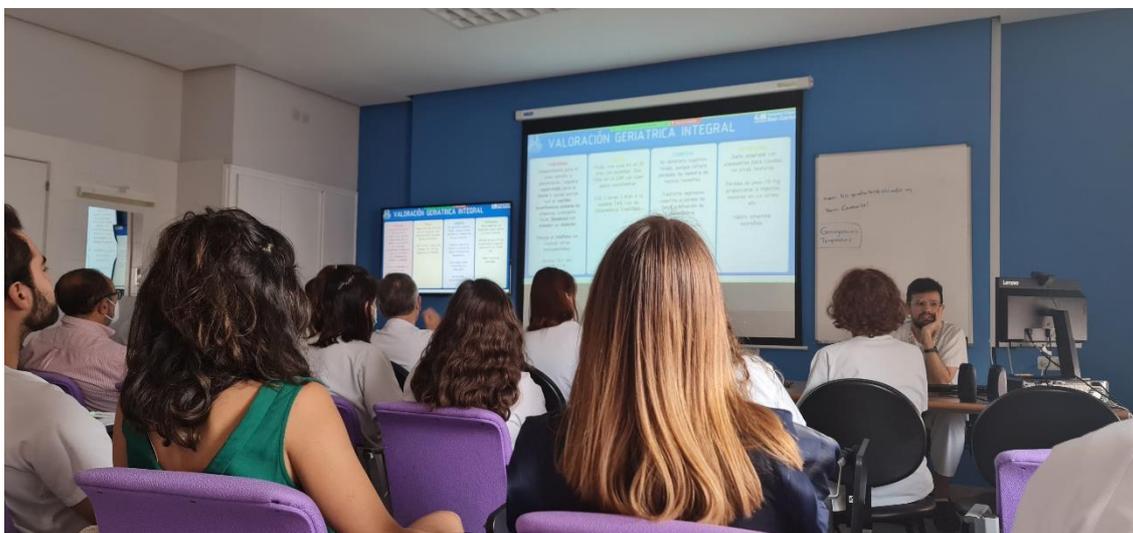


Figura 4: Registo de uma reunião de serviço em que se discutem casos clínicos.

Tabela 3 – programa das reuniões de serviço durante o mês de junho de 2023.

American Journal of Medicine (AJM); Spanish Society of Geriatrics and Gerontology (SEGG); Journal of American Geriatrics Society (JAGS); Annals of Internal Medicine (AIM); The Journal of Gerontology (TJG)

SESSÕES EM JUNHO DE 2023				
2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
			1 Discussão de doentes seguidos nas consultas de domicilio	2 Apresentação de casos clínicos
5 Reunião organizacional	6 Dra M ^a Alejandra Caffarena Ramirez: AJM (Fevereiro 2023)	7 Congreso SEGG2023	8 Congreso SEGG2023	9 Congreso SEGG2023
12 Reunião organizacional	13 Dr Sergio Garcia Rosa: JAGS (março 2023)	14 Apresentação de casos clínicos	15 Apresentação da casuística do serviço de ortogeriatría	16 Apresentação de casos clínicos
19 Reunião organizacional	20 Dr Gonzalo López-Medel Marina: AIM (março 2023)	21 Apresentação de casos clínicos	22 Apresentação da casuística da consulta de onco e cardiogeriatría	23 Apresentação de casos clínicos
26 Reunião organizacional	27 Dr Pablo Martinez Huguet: TJG (abril 2023)	28 Apresentação de casos clínicos	29 Apresentação da casuística dos doentes avaliados no Hospital de Dia	30 Apresentação de casos clínicos

Tabela 4 – programa das reuniões de serviço durante o mês de julho de 2023.

Age Ageing (AA); New England of Journal Medicine (NEJM).

SESSÕES EM JULHO DE 2023				
2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
3 Reunião organizacional	4 Dra M ^a Pilar Royo Moya: AA (abril 2023)	5 Apresentação de casos clínicos	6 Discussão de doentes seguidos nas consultas de domicilio	7 Apresentação de casos clínicos
10 Reunião organizacional	11 Dr Carlos de Pablo Gallegos NEJM (abril 2023)	12 Apresentação de casos clínicos	13 Apresentação dos novos projetos de investigação em vigor no serviço de Orto geriatria	14 Discussão de doentes seguidos nas consultas de domicílio
17 Reunião organizacional	18 Reunião organizacional	19 Reunião organizacional	20 Reunião organizacional	21 Reunião organizacional
24 Reunião organizacional	25 Reunião organizacional	26 Reunião organizacional	27 Reunião organizacional	28 Reunião organizacional
31 Reunião organizacional				

2.4.1 Registos Clínicos

De uma forma transversal, os serviços frequentados utilizavam a plataforma CGM Selene® para registar a informação dos doentes. Esta permite armazenar não só o processo administrativo, a história pessoal e familiar do doente e os seus exames complementares e documentos relevantes, os agendamentos de consultas e as listas de espera.

Este sistema foi personalizado para o serviço a que se destina, incorporando ele próprio muitas das escalas utilizadas no decorrer da consulta, nomeadamente: Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, *Mini-Mental State Examination* (MMSE®), *Mini Nutritional Assessment* (MNA)®, Escala de depressão geriátrica de Yesavage, Escala de FRAIL, Escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (Escala ECOG), EuroQol-5D (EQ-5D), *Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric* (CIRS-G) entre outras.

Contempla ainda formulários específicos que orientam o clínico ao longo da consulta na exploração da anamnese, contendo espaços específicos para o preenchimento de dados relativos a:

1. motivo da consulta;
2. antecedentes (alergias, antecedentes pessoais, antecedentes cirúrgicos, hábitos alcoólicos e tabágicos, medicação habitual);
3. Avaliação geriátrica (situação funcional, nutricional, social e cognitiva);
4. História atual;
5. Exame físico;
6. Exames complementares de diagnóstico;
7. Avaliação e plano de tratamento;
8. Tratamento e recomendações

Por fim, também dispõem de uma área para registo dos exames complementares ou provas físicas aplicadas, nomeadamente: *Hand Grip Strength Test*; *Short Physical Performance Battery test* (SPPB); velocidade da marcha

Porém os dados desta plataforma apenas se encontram disponíveis para consulta dentro do próprio hospital. Quer isto dizer que hospitais públicos dentro da Comunidade Autónoma de Madrid, não conseguem aceder a esta informação e vice-versa. Para contornar esta situação, no final de cada consulta, é política do serviço a atribuição de uma cópia do registo da consulta ao próprio doente. A distribuição desta cópia acaba por ser uma mais-valia na opinião da aluna,

dado que permite ao doente inteirar-se da sua própria situação clínica e, por outro lado, facilita ao clínico a explicação do plano de tratamento, dado que o doente o leva sempre em formato escrito.

Nas consultas domiciliarias, existem também esse mesmo processo eletrónico do doente. Todavia, neste departamento é sempre mantido um registo físico de todos os processos. Isto destina-se a facilitar a dinâmica da consulta no domicílio, uma vez que o médico e o enfermeiro acabam por ter na sua posse o processo clínico resumido do utente, com as respetivas patologias e terapêutica em curso.

Devido à política de proteção de dados, pelo facto de não ser a aluna funcionária do HCSC, não me foi cedida uma senha de acesso ao Selene®, pelo que o acesso a esta ficou limitado à sua utilização na presença de um colega. Neste sentido, nem sempre foi possível à aluna verificar o historial clínico dos doentes.

2.4.2 Consulta externa

Descreve-se de seguida a atividade assistencial da aluna durante o período em que esteve alocada às consultas externas do SG.

2.4.2.1 *Consulta de Geriatria Geral*

Esta consulta recebe, geralmente, doentes idosos referenciados pelos Cuidados Primários para investigação de situações complexas ou para parecer diagnóstico. Recebe ainda doentes com alta recente do internamento aos quais se pretende realizar uma reavaliação. Acrescem ainda os doentes que foram observados no Serviço de Urgência por um geriatra e o qual agenda uma consulta à posteriori para revisão do doente.

O principal foco desta tipologia de consulta é, sem dúvida, a avaliação geriátrica integral. Esta visa identificar e quantificar problemas médicos, avaliar a função física, mental, nutricional e social, propor planos de tratamento globais e otimizar o uso de recursos de saúde. Portanto, a avaliação geriátrica incorpora à Anamnese e ao exame físico clínico tradicional diversos instrumentos e escalas padronizadas para a avaliação do suporte físico, cognitivo, afetivo, nutricional, social, familiar e comunitário.

Assim, busca-se ativamente nos doentes algum défice funcional, como:

- alterações sensoriais (visuais e auditivas);
- diminuição da capacidade para realizar atividades da vida diária (Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody);
- distúrbios de mobilidade e quedas (SPPB);
- incontinência urinária.

Igualmente, do mesmo modo, regista-se o estado nutricional do doente, realizando uma anamnese detalhada:

- apetite atual;
- situações de disfagia;
- determinação de eventual perda ponderal;
- deficiência nutricional (MNA).

Muito importante é também o enfoque dado às alterações cognitivas:

- distúrbios cognitivos (MMSE® ou MoCA);
- Sintomas depressivos (Escala de depressão geriátrica de Yesavage);

Por fim, e não menos importante neste registo, é a caracterização social que visa detalhar as condições em que o doente vive, com quem vive e com que apoios conta.

Outro aspeto notável destas consultas é o interesse dedicado às chamadas síndromes geriátricas, as quais são facilmente detetáveis através de uma anamnese focada nestes quatro pilares.

Com esta avaliação obtêm-se uma visão muito mais holística do doente geriátrico, permitindo não só intervenções em diferentes áreas, mas também uma atuação bem mais orientada para a melhor seleção da intervenção profilática e terapêutica. Na verdade, o objetivo desta consulta é sempre melhorar, recuperar e manter o estado funcional, afetivo e cognitivo.

Este tipo de consultas decorre durante todos os dias da semana. É normalmente realizada por interno da especialidade do terceiro ano, que conta sempre com o apoio de dois ou mais especialistas que se encontram em consultórios adjacentes.

São avaliados cerca de sete doente, sendo que habitualmente duas correspondem a primeiras consultas e duas ou mais correspondem a consultas telefónicas.

Naturalmente a primeira consulta com um doente tem uma duração superior às subseqüentes, sendo destinada cerca de uma hora para esta. Este facto decorre da necessidade de uma caracterização detalhada do doente com eventual recurso à equipa de terapeutas que compõem o hospital de dia para, por exemplo, a realização do SPPB ou avaliação do *hand grip*, ou da equipa de enfermagem, para a colheita de sangue para estudo analítico ou realização de um eletrocardiograma (ECG).

Nas consultas subseqüentes, que por norma têm uma duração estimada de 30 minutos, averigua-se eventual intercorrências dos últimos meses, nomeadamente em relação a situações de doença aguda, agudização de doença crónica, idas ao serviço de urgência, quedas, necessidade de internamento, de apoios sociais, domiciliários ou institucionalização.

As consultas telefónicas decorrem da necessidade de reavaliar doentes cuja terapêutica tenha sido alterada numa consulta prévia, pretendendo-se um *feedback*, ou nos casos em que se

pretende comunicar o resultado de algum meio complementar de diagnóstico e tratamento (MCDT) solicitado.

Durante o período de estágio a aluna assistiu a 46 consultas (25 presenciais e 17 telefónicas). Destas, 17 tratavam-se de primeiras consultas, sendo as restantes de seguimento. Em relação ao género, aproximadamente 56% eram elementos do sexo feminino. A idade média era de 88 anos (mínimo de 77 anos e máximo de 96 anos).

Relativamente aos principais motivos destas consultas, encontram-se explanados no gráfico 3. A maioria dos doentes tinha origem nos cuidados de saúde primários, com o principal objetivo de realizar uma avaliação geriátrica global, com foque na revisão terapêutica. Uma parte dos doentes era proveniente ainda do Serviço de Urgência (SU) ou do internamento prévio no serviço de geriatria, para reavaliação (n=9).

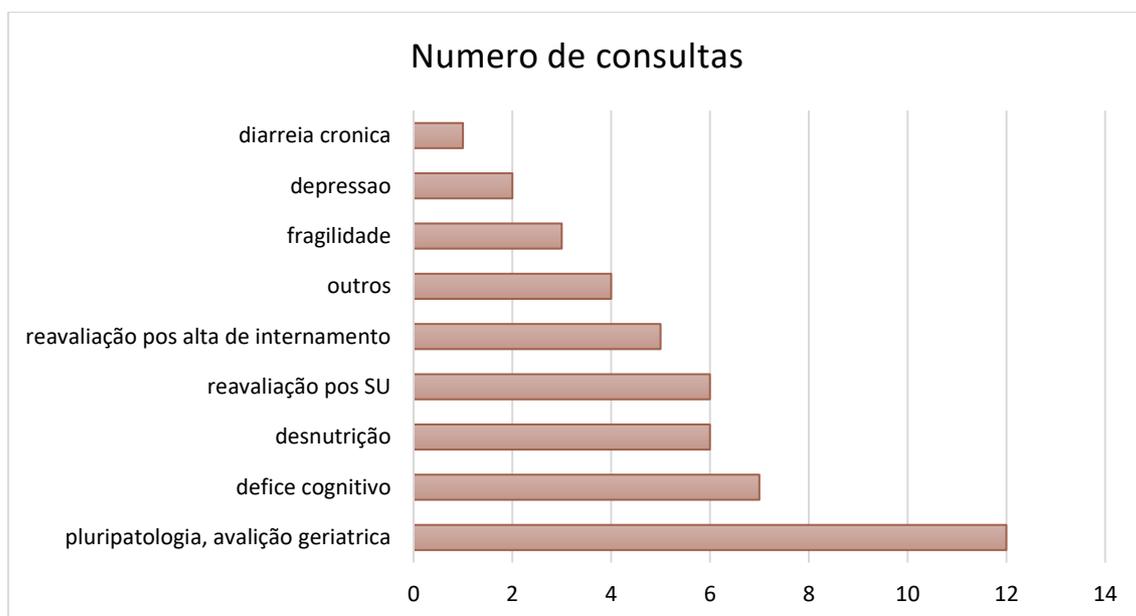


Figura 5: Principais motivos de referência à consulta de geriatria geral.

2.4.2.2 *Consulta de Memória*

A consulta de memória é realizada pelo Dr. Mário Salas. Decorre duas vezes por semana, com cerca de sete consultas por cada período. Geralmente as duas consultas iniciais são primeiras consultas e as subsequentes são consultas de seguimento. Destas, cerca de três a quatro poderão ser telefónicas, sempre que a situação clínica do doente assim o permite ou indica.

É uma consulta extremamente detalhada no que toca à exploração da principal queixa que traz os doentes a esta consulta: as alterações da memória.

São geralmente doentes referenciados dos cuidados de saúde primários, que foram previamente triados numa consulta de geriatria geral. Eventualmente estes doentes são também referenciados da consulta de outras especialidades hospitalares.

Numa primeira fase são exploradas as queixas do doente, com especial ênfase no início, natureza e evolução temporal dos sintomas, registando também a história medicamentosa, a presença e gravidade de eventuais comorbidades. Os antecedentes familiares são também inquiridos, especificamente sobre se há quadros demenciais na família.

De seguida procede-se a uma avaliação neuropsicológica abrangente com a finalidade de testar todos os domínios cognitivos, incluindo principalmente as funções executivas, de atenção, linguagem e capacidade visuo-constructiva. Para isto realiza-se o MoCA e o MMMSE.

Se a história clínica justificar e se os testes realizados forem congruentes pode ser solicitado MCDTs específicos que vão orientar quanto à etiologia das alterações cognitivas, nomeadamente a ressonância magnética (RMN) ou tomografia por emissão de positrões (PET). O objetivo é a deteção de biomarcadores que reflitam lesão neuronal ou processo neurodegenerativo, como a atrofia cerebral com evidência de hipometabolismo ou hipoperfusão. Por outro lado, a deposição de β amiloide pode também ser detetada na PET .(8)

Note-se que praticamente todos os doentes chegam a esta consulta já com um estudo prévio que inclui hemograma, glicemia, calcémica, ionograma sérico, análises hepáticas, provas de função renal, tiroideia, níveis séricos de vitamina B12 e ácido fólico, testes serológicos para a sífilis e vírus da imunodeficiência humana (VIH) e, também, análise de urina de tipo II.

Marcadores genéticos podem também ter utilidade prognóstica e terapêutica em pessoas com comprometimento cognitivo leve. Sabe-se que a associação entre uma isoforma (E4) da

apolipoproteína E [ApoE] e a doença de Alzheimer de início tardio está bem estabelecida.(8) Em alguns pacientes, é pois por isso também solicitado este parâmetro.

Em função dos achados traça-se um perfil do doente e gera-se uma hipótese diagnóstica que determinará o seguimento e a orientação.

A aluna presenciou 12 consultas, três das quais constituíam primeiras consultas. Curiosamente, destes três doentes que surgiram pela primeira vez na consulta e que haviam sido referenciados por alterações da memória, dois admitiram relação do quadro com início de humor distímico indiciando um quadro depressivo. Isto relembra a importância de uma anamnese cuidada e abrangente, não descurando que sintomas depressivos podem mimetizar quadros demenciais.

Dos doentes já em seguimento, três deles apresentavam um défice cognitivo ligeiro, sendo recomendado a todos eles exercícios de treino cognitivo, nomeadamente através da realização da aplicação CEREBROAGIL®. Um deles frequentava também o grupo cognitivo no Hospital de Dia, duas vezes na semana e os outros dois frequentavam com regularidade clínicas privadas com a mesma finalidade.

Dos restantes doentes em seguimento a que a aluna teve a oportunidade de acompanhar, quatro deles tinham o diagnóstico de Demência de Alzheimer, dois deles de demência vascular e um com demência frontotemporal.

A média de idades situava-se nos 80 anos (mínimo de 71 e máximo de 95 anos) e eram maioritariamente indivíduos do género masculino (67%).

2.4.2.3 Consulta de Cardiogeriatría

Os pacientes que chegam a esta consulta podem ser encaminhados de outros serviços ou após alta de um internamento por descompensação de insuficiência cardíaca (IC).

O objetivo desta consulta é o controlo ótimo da patologia cardíaca para evitar o reinternamento hospitalar e melhorar a qualidade de vida destes doentes.

A consulta decorre uma vez por semana, das nove horas às 15 horas. Por norma as três primeiras consultas correspondem a novos doentes e as seguintes a consultas subsequentes.

O perfil característico do paciente nesta consulta é o de um paciente multipatológico que requer um controle rigoroso. A consulta é realizada pela Dra. Vigara e por uma enfermeira especialista em Geriatria. Esta é a única consulta da unidade em que o doente realiza sistematicamente a consulta de enfermagem previamente à consulta médica.

Na consulta de enfermagem, a que a aluna teve oportunidade de assistir, são avaliados parâmetros de extrema importância. Para além da avaliação geriátrica global, os antecedentes e a revisão da terapêutica em curso, a enfermeira avalia e educa relativamente aos sinais de descompensação cardíaca, faz recomendações dietéticas, explica como deve ser feita a monitorização do peso, entre outros. No final, resume a informação entregando uma brochura bastante completa.

Na consulta médica, é mais uma vez revisto o perfil do doente, a terapêutica em curso, averigua-se intercorrências. Inclui também um exame físico dirigido à componente cardíaca, valorizando sinais de descompensação.

Mediantes os achados, pondera-se a realização de MCDTs. Um achado curioso relativamente à abordagem desta consulta, é que, mais do que o cumprimento das *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) sobre IC, aqui busca-se uma personalização destas em função do doente. Quer isto dizer que era sempre muito ponderado a intensificação terapêutica em função do risco de queda e da própria tolerância dos doentes, entre outros fatores.

A aluna teve a oportunidade de assistir a 18 consultas, sendo que nove destas correspondiam a primeiras consultas e as restantes a consultas sucessivas. Cerca de 60% eram elementos do género masculino e a idade média era de 89 anos (mínimo de 85 anos e máximo de 93 anos). Sete destes doentes apresentavam um diagnóstico de IC com Fração de ejeção (FE) preservada, seis reduzida e restantes com modernamente reduzida.

2.4.2.4 *Consulta de Oncogeriatría*

Esta consulta, à semelhança da consulta de cardiogeriatría, é também realizada pela Dra. Vígara e por uma enfermeira especialista em Geriatría. Decorre igualmente uma vez por semana.

Praticamente a totalidade dos doentes tem proveniência da especialidade de Oncologia para que seja realizada uma AGG e, em função disso seja realizada a classificação do nível de fragilidade (robusto, pre-frágil e frágil).

Com a fragilidade, o sucesso terapêutico duradouro é mais difícil de alcançar. Por exemplo, a fragilidade aumenta o risco de intolerância à quimioterapia e de pior resposta ao tratamento.(9) Um objetivo fundamental da avaliação e tratamento da fragilidade em idosos com cancro é protegê-los de resultados adversos.

De facto, a AGG permite prever a tolerabilidade e viabilidade do tratamento, prevê mortalidade (por todas as causas) e facilita a comunicação sobre os objetivos e preferências do tratamento.(9)

Nesta consulta recorre-se ao uso de calculadoras que permitam prever o risco de quimiotoxicidade. Estas incorporaram elementos AGG e permitem calcular a probabilidade de toxicidade durante a quimioterapia.

Estes resultados servem assim depois como linha de orientação para os oncologistas na hora de definir um plano de tratamento. Todavia o geriatra não é convocado para a reunião de grupo multidisciplinar que visa a toma desta decisão.

Para além deste processo, o médico e o enfermeiro procedem ativamente à deteção de síndromes geriátricas e caso sejam diagnosticadas, delinea-se um esquema de tratamento dirigido, com possibilidade de agendamento de consulta de reavaliação.

A aluna esteve presente em 12 consultas, sete destas eram primeiras consultas e as restantes eram sucessivas. A neoplasia mais frequentemente constatada nesta consulta foi a neoplasia do reto (n=3), seguida da neoplasia da próstata e mama (n=2, respetivamente). 60% dos pacientes eram do sexo masculino e a média de idades era de 85 anos (mínimo de 81 anos e máximo de 87 anos).

2.4.2.5 *Consulta de quedas*

A consulta de quedas decorre todas as terças-feiras, das 9h às 16h e é realizada pela Dra. Montse Lázaro. A maioria dos doentes recorre à consulta referenciado dos cuidados de saúde primários por situações de quedas recorrentes. Também a ortopedia solicita muitas vezes a avaliação nesta consulta de doentes geriátricos propostos para intervenção cirúrgica.

Esta consulta tem protocolo próprio, embora este seja fundamentalmente baseado na última versão *World guidelines for falls prevention and management for older adults*, 2022 (10).

Praticamente a totalidade dos doentes referenciados a esta consulta apresenta-se com um quadro de quedas severo, quer isto dizer que o doente apresenta pelo menos uma das seguintes situações: queda com traumatismo, mais de duas quedas nos últimos 12 meses ou diagnóstico de fragilidade. Importa por isso uma caracterização correta do doente, com uma anamnese e exploração dirigidas para apurar estes factos.

A primeira parte da consulta é por isso dedicada ao registo dos antecedentes e inclusive da averiguação se houve intercorrências ou internamentos recentes.

De seguida confirma-se a medicação habitual com o doente.

Depois procede-se então à caracterização da(s) queda(s), nomeadamente: quantas vezes caiu no último ano; o local da queda (domicílio, exterior); a luminosidade do local na altura; momento do dia em que ocorreu; condições do piso (liso, irregular, paralelo, escadas, inclinado); tipo de calçado que usava no momento; a mecânica da queda (para trás, para o lado, para a frente); contexto em que decorreu a queda (deitado na cama, sentado, ao levantar-se, de pé, caminhando, subindo ou descendo escadas, ao girar a cabeça, tropeçar, escorregar, rodar sobre si próprio, outras); entre outros fatores.

Explora-se de seguida relativamente às eventuais consequências resultantes da queda, tais como o tempo de permanência no solo; a capacidade de o doente se levantar do solo; se houve avaliação médica (urgência, cuidados de saúde primários, internamento); eventuais lesões secundárias à queda (contusão, entorse, fratura, traumatismo crânio-encefálico, rotura muscular/tendinosa); rastreio de Síndrome pós-queda.

Segue-se um exame físico completo, procurando excluir quadros de hipotensão ortostática, vertigens posicionais paroxísticas benignas, ou outros défices neurológicos. Numa primeira consulta realiza-se ainda o SPPB.

O plano é traçado de acordo com os achados da história clínica e do exame objetivo. Alterações no regime terapêutico podem ser necessárias, bem como a avaliação por outras especialidades.

O doente é assim classificado como tendo um risco de quedas baixo, intermédio ou alto. No primeiro caso o doente tem alta com indicação para avaliação anual no seu médico de família. Nos restantes são muitas vezes propostos exercícios de reforço muscular e estímulo da propriocepção personalizados à situação clínica do utente.

2.4.3 Geriatria de Ligação

Desde meados de março de 2020, e em resposta à pandemia de Covid-19 na Comunidade de Madrid, foram lançadas as equipas hospitalares Geriátricas de Ligação e criadas as Unidades de Cuidados para Residências de Cuidados Primários (UAR) com o objetivo de garantir cuidados de saúde e coordenar os cuidados sociais e de saúde em residências e centros sociais de saúde.

No HCSC existe um geriatra responsável por esta articulação, a Dra. Isabel Rodríguez Sánchez. A área de abrangência do hospital cobre 13 residências, a maior das quais com 450 idosos (a *Gran Residencia*). A médica apresenta dois dias da semana reservados para este processo: as terças e as quintas-feiras.

As terças-feiras são dedicadas a responder a emails com as mais diversas dúvidas e pedidos de agendamento de consulta presencial. Também às terças agendam-se consultas telefónicas com médicos dos respetivos lares sempre que tal seja necessário.

Às quintas-feiras decorrem as teleconsultas. Estas são semelhantes a uma reunião virtual. Os médicos e/ou enfermeiros dos lares solicitam apoio na orientação de casos de doentes, enviando o processo previamente à data da consulta. Isto permite ao geriatra inteira-se da situação clínica do paciente e delinear previamente a sua abordagem.

As consultas presenciais nos respetivos lares decorrem com uma periodicidade quinzenal (ou menor, sempre que tal se imponha). Mais uma vez, casos complexos que exigiam uma avaliação presencial são enviados por email à geriatra em questão que então agenda essa visita.

Existe ainda a linha telefónica que se encontra ativa todos os dias da semana das 8h às 15h.

A aluna acompanhou a geriatra em duas visitas presenciais a lares, nomeadamente à *Gran Residencia* e à *Residencia y Centro de Dia Santa Engracia*, em datas diferentes. Nestas participou na avaliação de 13 doentes. As queixas eram muito diversas, atendendo à diversidade de doentes que compõem estas unidades. Desde situações merecedoras de cuidados paliativos, a revisão terapêutica, síndromes depressivas de difícil controlo ou suspeitas de trombose venosa profunda. São, portanto, situações muito diversas que foram de facto uma mais-valia para a aluna, atendendo ao perfil de doentes em tudo semelhante com que esta contacta na sua prática clínica como interna de medicina geral e familiar.

A aluna esteve presente ainda em cinco videoconsultas e sete teleconsultas. De notar que em todas elas se procedeu a uma revisão cuidada da terapêutica em curso dos doentes, com a

aplicação frequente de esquemas de desprescrição de benzodiazepinas e da descontinuação de fármacos potencialmente inapropriadamente prescritos.

A idade média dos pacientes era de 87 anos (mínimo 79 anos e máximo de 95 anos), com um claro predomínio do género feminino (84%).

2.4.4 Consulta ao domicílio

O aumento do envelhecimento populacional traz consigo um aumento de pessoas com múltiplas patologias, e situações sucessivamente mais complexas. São precisamente os idosos frágeis que mais beneficiam de uma avaliação geriátrica, melhorando a sua função física e mental, reduzindo o consumo de medicamentos, modificando a utilização dos recursos de saúde e sociais no sentido de uma melhor adequação dos mesmos e melhorando a sua qualidade de vida.

Os critérios para ter acesso a este tipo de consulta enumeram-se de seguida:

- Pessoas com mais de 80 anos (critério obrigatório);
- Residente na área sete de Madrid (critério obrigatório);
- Dificuldade de seguimento nos cuidados de saúde primários (critério obrigatório);
- Impossibilidade de se deslocarem ao hospital (critério obrigatório);
- Com alta hospitalar recente;
- Doentes terminais;
- Problemas sociais importantes;
- Quedas repetidas;
- Desnutrição moderada ou severa;
- Polifarmácia;
- Pacientes com doença crônica avançada, limitação funcional e/ou imobilizado.

O tipo de doentes selecionado para esta consulta tem proveniências diversas, desde pedidos diretos dos cuidados de saúde primários, mas também aqueles doentes que tiveram uma alta recente do serviço de geriatria do HCSC. Estes últimos constituem a grande maioria das consultas.

A equipa de geriatria realiza um acompanhamento contínuo, integral e individualizado do doente no domicílio. Esta é constituída por um médico geriatra, geralmente um interno do terceiro ano da especialidade, e uma enfermeira especialista em geriatria.

Antes da deslocação existe uma pequena reunião entre estes dois elementos em que se discutem os doentes incluídos na agenda do dia. Se há a eventual necessidade de realização de estudo analítico, colheita de urina, administração de fármacos, cabe à enfermeira a preparação do material necessário por forma a realizá-lo no decorrer da consulta. O processo físico destes doentes vai depois com o médico que assim procede ao registo de anotações no decorrer da consulta.

São vários os aspetos abordados nesta consulta, atendendo a que o contexto em que esta se desenrola também assim o permite. De facto, numa primeira instância, dado que a consulta decorre na própria casa do doente, a equipa pode inteirar-se das condições básicas da casa, se esta está otimizada para o doente, ou se pelo contrário necessita de adaptações. Nesta última situação, torna-se muito mais fácil elucidar os cuidadores relativamente às mudanças a operar. Como prova disso a aluna presenciou o ensino aos cuidadores do uso de espessantes, cuidados a ter com doentes com disfagia, retificação de adaptações nos domicílios para reduzir o risco de quedas, entre outros.

Por outro lado, é uma maneira privilegiada para aceder à dinâmica familiar e outras questões sociais.

Nestas consultas avalia-se sempre a existência de intercorrências, idas ao SU. Realiza-se a AGG, segundo os quatro pilares. O passo seguinte é a revisão terapêutica, retificando as embalagens e as horas das tomas. Realiza-se o exame físico e em alguns doentes avalia-se incluso a forma de deambulação no domicílio. As alterações no plano de tratamento são sempre registadas em papel as quais são igualmente facultadas aos cuidadores. A próxima consulta é agendada ainda na casa do doente, em função do estado do mesmo. Esta poderá ser telefónica ou presencial.

De referir que este tipo de doentes em seguimento na unidade de domicílios apresenta acesso telefónico à equipa em dias úteis das 8h às 15h. Isto permite gerir algumas intercorrências através de uma teleconsulta ou eventualmente antecipar a consulta presencial. A Atenção Domiciliar permite redução de internações e internações hospitalares, reduzindo gastos com saúde, além disso, aumenta a interação médico/paciente e proporciona maior conforto ao idoso e família quando estão em seu ambiente habitual.

No decorrer da semana em que a aluna esteve a acompanhar a equipa de domicílios, realizaram-se um total de 26 consultas, 15 presenciais e as restantes telefónicas. Três das consultas presenciais foram realizadas antecipadamente precisamente por contacto dos familiares por alguma intercorrência, resultando em última instância no internamento direto de dois destes

doentes, no serviço de geriatria (um por suspeita de pneumonia de aspiração em doente com Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG), e outra com suspeita de Lesão Renal Aguda (LRA)).

A média de idades era de 92 anos (mínimo de 85, e máximo de 102 anos), e 76% eram do sexo feminino.

2.4.5 Hospital de Dia Geriátrico

O Hospital de Dia Geriátrico (HDG) é definido como um centro diurno multidisciplinar, integrado num hospital, ao qual o idoso fragilizado ou o doente geriátrico, geralmente com algum défice físico, se dirige para receber tratamento integral e/ou avaliação geriátrica e posteriormente regressar a casa.

Os doentes candidatos são geralmente aqueles que apresentam um défice funcional moderado a grave (mas com potencial de reversibilidade) ou comprometimento cognitivo, mas que mantenha um grau de mobilidade suficiente para poder sair de casa (Índice de Barthel > 60). Também são considerados os doentes que necessitam de tratamento médico intravenoso (ferro iv, palmidronato, olendronato), ou cuidados de úlceras.

Os doentes que ingressam, são propostos diretamente da consulta externa de geriatria ou então do próprio internamento da especialidade, após a alta.

Os objetivos são múltiplos e personalizados, mas em todo o caso envolvem sempre uma avaliação geriátrica abrangente do idoso frágil e tratamento e reabilitação para que o paciente mantenha uma autonomia mínima.

Para atender a esses objetivos, o HDG possui além da equipe multidisciplinar (um médico especialista em geriatria, um interno do quarto ano da especialidade, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional), meios físicos e um projeto arquitetonicamente adequado, bem como um sistema de transporte diário (feito em ambulâncias comunitárias).

Assim existe um horário bem definido para o atendimento destes doentes. Todos os dias existem dois blocos de atividades que recebe dois doentes cada.

Numa primeira visita, o doente é recebido pela TO que se encarrega do preenchimento do protocolo próprio que visa uma avaliação completa do doente. Registam-se: os dados pessoais; origem de referência do doente; motivo da consulta; antecedentes pessoais (AP); medicação atual (MA). Procede-se ainda a uma avaliação sociofamiliar, registando-se dados sobre a residência atual, rede de apoio familiar ou privada ou social.

De seguida colhem-se os sinais vitais e procede-se à avaliação funcional, realizando a escala de Barthel, Lawton; *Functional Ambulation Classification* (FAC); SPPB; *Time up and go*; *hand grip*. Todas as escalas são aplicadas na presença do cuidador que valida as respostas.

No final o doente é então avaliado pelo médico que identifica as síndromes geriátricas e propõem um plano de tratamento específico. Se necessária avaliação por parte da equipa de enfermagem, nomeadamente para a colheita de análises, ECG ou administração de medicação, é também possível no momento.

Nas visitas subsequentes o doente é uma vez mais recebido pela TO onde realiza exercícios dirigidos e posteriormente terá a consulta medica. Todo este processo tem uma duração total de duas horas e decorre duas vezes na semana.



Figura 6: aspeto do Hospital de dia e seus componentes.



Figura 7: aspeto do hospital de dia e seus componentes.

A maioria dos pacientes são doentes que tiveram fratura proximal do fémur ou que apresentam doença de Parkinson.

A aluna teve a oportunidade de acompanhar as duas vertentes. Na TO aprendeu os cuidados preventivos das quedas, nomeadamente, como sentar, como levantar, como subir e descer escadas, como usar andarilho ou bengala, entre outros. Na consulta médica foi possível perceber que detalhes devem ser valorizados na anamnese destes doentes, nomeadamente registo de quedas, o sono, o humor, o apetite, o transito intestinal e claro está as situações específicas consoante as respetivas patologias e os síndromes geriátricos.

Esta unidade conta ainda com o apoio de uma enfermeira especialista em disfagia que uma vez por mês se desloca até ao HDG para avaliação dos doentes referenciados pelo médico do HDG.

Para além deste grupo de doentes intitulado de “grupo motor”, o HDG recebe também quatro vezes na semana, dois grupos de seis elementos que integram o “grupo cognitivo”. Estes são doentes referenciados maioritariamente da consulta de memória. Estes são doentes com défice cognitivo ligeiro ou demência leve a moderada (*Global Scale of Dementia (GSD)* três a cinco).

Os doentes ingressam estas turmas em setembro e permanecem até julho do ano subsequente. Aqui as intervenções consistem num conjunto exercícios que visam atividades cognitivas em geral (memória, linguagem, concentração). A discussão fomentada entre os diferentes elementos da turma também um ponto muito positivo uma vez que desenvolve o sentimento de entreaajuda. No final das sessões os doentes recebiam sempre uma ficha com mais exercícios para realizarem no domicílio. A estimulação cognitiva envolve a prática de tarefas para melhorar ou manter o funcionamento das funções cognitivas das pessoas. A redução do impacto dos problemas cognitivos no seu quotidiano promove a sua funcionalidade e melhora a qualidade de vida.

A aluna participou na organização e no planeamento de algumas destas sessões com ideias e sugestões para diversificar as mesmas. Aqui a aluna percebeu a importância do treino cognitivo tem nestes quadros mais ligeiros e como se deve motivar e orientar os doentes a fazê-lo.

2.4.6 Atividade Científica

Durante o estágio a aluna, em conjunto com sua colega de estágio, foi incentivada a realizar um protocolo de abordagem das quedas, adaptado aos cuidados de saúde primárias. O propósito deste era sistematizar a abordagem deste problema tão recorrente nas consultas de medicina geral e familiar, e simultaneamente ajustar a orientação destes doentes em função dos recursos disponíveis em Portugal. Para a realização deste projeto as alunas contaram com o apoio da Dra. Montse Lázaro que prontamente se disponibilizou para a sua revisão. (Anexo 1)

3 CONCLUSÃO

Quando inicialmente a aluna idealizou este estágio tinha certamente muitas expectativas sobre como seria, se iria cumprir a sua lista extensa de objetivos, se seria bem recebida, se poderia trazer algo mais para a sua prática do dia a dia nos cuidados de saúde primários.

A verdade é que todas as expectativas foram largamente superadas: em Madrid a aluna encontrou uma equipa organizada, proativa e receptiva, com interesse na formação desta. Os ganhos foram imensos, uma vez que permitiu à aluna constatar a aplicabilidade de todos os conceitos teóricos adquiridos durante o primeiro ano do mestrado em geriatria da universidade de Coimbra. De facto, o maior ganho para a aluna foi a aquisição de competências para a realização da AGG de forma sistemática e rotineira nos seus futuros doentes. A desmistificação dos conceitos “funcional”, “social”, “cognitivo” e “nutricional” que a avaliação geriátrica engloba constitui um marco neste estágio.

Decorridos praticamente um mês desde o término deste estágio, a aluna, interna de medicina geral e familiar do quarto ano, teve já a oportunidade de aplicar esta avaliação em alguns doentes. Já recomenda aos seus doentes esquemas de atividade física personalizados recorrendo aos manuais Vivifrail®. Revê sistematicamente a medicação, mas desta vez com um cunho de sensibilidade diferente, conjugando as *guidelines* com a pessoa que tem à sua frente. E de facto, uma característica que encontrou em todos os geriatras com que contactou foi a humanidade. Um doente idoso é sem dúvida um doente complexo, mas não justifica nunca, em nenhum momento, a desvalorização das suas queixas ou dos seus sintomas. Neles reside, muitas vezes, a respostas a dúvidas de diagnóstico ou orientações terapêuticas.

Apesar de dois meses constituírem um período de tempo relativamente limitado, uma vez que neste hospital existia diferentes valências, desde a consulta externa especializada em diferentes áreas, ao hospital de dia com o seu grupo motor e cognitivo, a aluna considera que trouxe consigo uma ampla gama de conhecimentos. E se no passado o seu gosto pela geriatria era evidente, a aluna promete no futuro, continuar a investir na sua formação nesta vertente, pois considera que a geriatria e a medicina geral e familiar são duas especialidades que caminham de mãos dadas.

4 ANEXOS

4.1 ANEXO 1: PROTOCOLO DE ABORDAGEM DAS QUEDAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Introdução:

As quedas são um dos principais problemas no idoso, estando associadas a subsequente morbidade, incapacidade, hospitalização, institucionalização e mortalidade. Estima-se que metade dos idosos com mais de 75 anos sofra pelo menos uma queda anualmente.

Dadas as consequências, é fundamental o médico de família estar sensibilizado para esta problemática, para a sua prevenção e tratamento adequados.

A. Rastreio oportunístico

Em doentes idosos (≥ 65 anos) deve ser realizado em CSP o **rastreio oportunístico** do risco de queda pelo menos 1 vez por ano, que visa a estratificação do doente em baixo, intermédio ou alto risco de queda. Pode ser feito através do “*three key questions* (3KQ):

- Teve uma ou mais quedas nos últimos 12 meses; OU
- Sente instabilidade quando está de pé ou a andar? OU
- Tem medo de cair?

(pelo menos 1 resposta “sim”)

- a. Resposta **negativa**: Classificado como risco baixo de queda: Prevenção primária:
 - Educação na prevenção de quedas (entrega de panfleto)
 - Aconselhado exercício físico (150-300min/semana de atividade física de intensidade intermédia OU 75-150min/semana de atividade física de intensidade vigorosa) (Vivifrail® de acordo com fragilidade)
 - Reavaliação em 1 ano
- b. Resposta **positiva**: Avaliar severidade da queda – presença de pelo menos um:
 - Lesão sequelar;
 - Pelo menos duas quedas nos últimos 12 meses;
 - Fragilidade? (para diagnóstico *frail questionnaire*®)
 - Incapacidade de se levantar sozinho/permanecer no solo pelo menos 60 minutos;
 - Suspeita de síncope;

(NOTA: Se queda sem causa aparente, tratar como suspeita de síncope)

- i. **Nenhuma resposta positiva**. Avaliar Velocidade da Marcha ou Time Up and Go test (TUG) dado que estes são os testes que melhor predizem o risco de futuras quedas
 1. **Normal** : Classificado como risco baixo de queda: Prevenção primária:
 2. **Alterado**: Classificado como risco intermédio de queda: Prevenção secundária com: Programa de exercícios de equilíbrio, velocidade e reforço muscular (idealmente referência a fisioterapia) + Educação na prevenção de quedas + Reavaliação em 1 ano
- ii. **Pelo menos uma resposta positiva em (b)** Classificado como risco elevado de queda: Prevenção secundária + tratamento: Avaliação multifatorial das quedas + avaliação de risco: Intervenção personalizada + seguimento em 30 a 90 dias

NOTA: Doentes institucionalizados automaticamente classificados como risco elevado de queda.

4.2 ANEXO 2: COMPROVATIVOS DE ESTÁGIO



Hospital Clínico San Carlos

Comunidad de Madrid

Dr./Dra.: CARLOS VERDEJO BRAVO, como Jefe/a de Servicio - Responsable de formación - Tutor/a de formación del Servicio de GERIATRÍA, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

CERTIFICA: Que D./D^a. Ana Carolina De Castro Sousa, durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 junio y el 31 de julio, ha realizado un trabajo de perfeccionamiento. Ha desarrollado y/o participado en las siguientes actividades:

- Asistencia a las sesiones docentes del Servicio
- Rotación en las distintas Unidades Asistenciales:
 - consultas Generales
 - consultas Neurológicas (Memoria, caídas, oncoquímica, Fisiología)
 - Hospital de día
 - Asistencia a domicilio
 - Unidad de Distrofia

Durante este periodo ha demostrado en nuestro Servicio Médico deuna gran capacidad de trabajo, buena formación científica, gran interés y dedicación al enfermo, por lo que su rotación en este servicio ha sido muy valorada y su relación con el personal del mismo ha sido gratificante.

Y para que conste a los efectos oportunos se extiende el presente certificado en Madrid, a 31 de julio de 2023

Cias. 1607918004X
Dr. D. Carlos Verdejo Bravo
Col. 28/38231-0

Dr./Dra. CARLOS VERDEJO BRAVO

Jefe/a de Servicio - Responsable de formación - Tutor/a Jefe de Servicio

Hospital Clínico San Carlos
c/Profesor Martín Lagos, s/n
28040 Madrid
tlfno. 913303000
www.madrid.org/hospitalclinicossancarlos

Hospital Clínico San Carlos
SERVICIO DE GERIATRÍA

Red HsH
Hospitales sin Humo



LUÍS ORTEGA MEDINA, EN CALIDAD DE JEFE DE ESTUDIOS Y PRESIDENTE DE LA COMISION DE DOCENCIA DEL HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS DE MADRID.

HACE CONSTAR: Que **D^a. Ana Catarina de Castro Gomes** ha realizado una estancia formativa en la Unidad Docente de **Geriatría** de este Hospital durante el periodo de tiempo comprendido entre el **1 de junio y el 31 de julio de 2023**, habiendo mostrado en todo momento extraordinaria dedicación e interés y gran aprovechamiento de su estancia en la Unidad.

La Comisión de Docencia a la vista de los informes de los profesionales que han tutelado su formación, evalúa positivamente la estancia formativa realizada por **D^a. Ana Catarina de Castro Gomes**.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, expido y firmo la presente en Madrid, a uno de agosto de dos mil veintitrés.

Firmado digitalmente por: ORTEGA MEDINA LUIS
Fecha: 2023.09.05 12:38

Luís Ortega Medina
PRESIDENTE COMISION DE DOCENCIA

Hospital Clínico San Carlos
c/Profesor Martín Lagos, s/n
28040 Madrid
tlfno. 913303000
www.madrid.org/hospitalclnicosancarlos



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: **0907797672181056236640**



MINISTERIO DE SANIDAD

MARÍA PILAR CARBAJO ARIAS, SUBDIRECTORA
GENERAL DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN PROFESIONAL

CERTIFICA:

Que

D^a. ANA CATARINA DE CASTRO GOMES

Documento de Identificación nº 14502707

Ha realizado una estancia formativa SATISFACTORIA en Unidad Docente de GERIATRÍA del UDM GERIATRÍA H. UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS, desde el 01 de Junio de 2023 al 31 de Julio de 2023, como consta en el informe emitido por el presidente de su Comisión de Docencia.

Y para que conste, en aplicación del artículo 30 del Real Decreto 183/2008 de 8 de Febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, expide la presente certificación en Madrid

Registro nº: 2023/20451



CSV : GEN-4a70-eb60-7eeb-c49b-85a9-cf0b-ac0e-2cfd

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN : <https://sede.administracion.gob.es/pagSedeFront/servicios/consultaCSV.htm>

FIRMANTE(1) : MARIA PILAR CARBAJO ARIAS | FECHA : 08/09/2023 09:05 | Sello de Tiempo: 08/09/2023 09:06

5 BIBLIOGRAFIA

1. Statistics Explained - Population structure and ageing [Internet]. European Commission 2019-2024. 2023 [cited 10 July 2023]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing.
2. Palacios-Ceña D, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Carrasco-Garrido P, Fernández-de-Las-Peñas C. Has the prevalence of disability increased over the past decade (2000-2007) in elderly people? A Spanish population-based survey. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2012;13(2):136-42.
3. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2022 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE). 2022 [cited Julho de 2023]. Available from: <https://www.ine.es/index.htm>.
4. População residente: por sexo e por grupo etário [Internet]. INE - Estimativas Anuais da População Residente. 2022 [cited 12/07/2023]. Available from: <https://www.pordata.pt/home>.
5. Blumenthal HT. Commentary: a brief history of geriatrics. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2004;59(11):1156-7; discussion 32-52.
6. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. *Boletín Oficial del Estado: Ministerio de la Presidencia*; 2005. p. 15480 a 6.
7. Menéndez-Colino R, Argentina F, de Miguel AM, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, et al. La Geriátría de Enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2021;56(3):157-65.
8. Núñez JFM. Paciente con alteraciones psíquicas. La unidad de memoria. In: Bernardini D, editor. *Geriatría desde el principio*. third ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina: Editorial Universidad Maimónides; 2022. p. 325-64.
9. Goede V. Frailty and Cancer: Current Perspectives on Assessment and Monitoring. *Clinical interventions in aging*. 2023;18:505-21.
10. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*. 2022;51(9).

