

SEMILOGIA DO IDOSO

Senescência – envelhecimento saudável, as dificuldades do idoso condizem com a idade desse.

Senilidade – envelhecimento ruim, com inúmeros problemas.

Estimar a saúde pelo nível de independência funcional e autonomia

FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Diminuem:

Massa muscular - Sarcopenia

Água corporal

Metabolismo hepático

Concentração plasmática de albumina

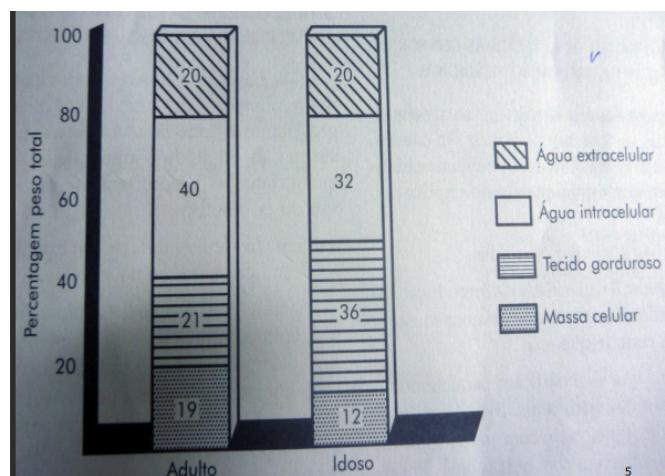
Fluxo sanguíneo

Neurotransmissores

Aumentam

Proporção de tecido adiposo

Permeabilidade hemoliquórica- passagem de infecções para o cérebro com mais facilidade- delirium.



ALTERAÇÕES DA COMPOSIÇÃO CORPÓREA

↑ DO ACUMULO DE GORDURA RESPONSÁVEL PELA MANUTENÇÃO/AUMENTO PONDERAL.

- Altera a distribuição, absorção e excreção das drogas;
- ↑ absorção lipofílicas e ↓ das hidrofílicas com repercussões sobre os efeitos tóxicos e terapêuticos.
- IMC com Valores de referência > que em adultos (maior reserva para prevenir a desnutrição)
- Idoso ideal- IMC : 23, fragilidade menor que 21

MASSA MUSCULAR – DESENVOLVIMENTO POSSÍVEL DE SARCOPENIA

Presença de alterações da massa e da função muscular (força e desempenho muscular)

Indicadores:

Lentificação da marcha: menor ou igual a 0,8m/s

Perímetro da panturrilha menor ou igual a 31 cm

Perda significativa de peso não intencional ou baixo índice de massa corporal: menor que 22

Sarcopenia-processo:

Redução da massa muscular

Resultante das alterações neuroendócrinas do envelhecimento.

↓ QUANTIDADE DE ÁGUA INTRACELULAR

- Balanço hídrico negativo → redução no compartimento intracelular
- desidratação com graves complicações x perdas moderadas de líquidos
- reposição de líquido deve ser lenta.
- O mecanismo de resposta da sede diminui com a idade → desidratação.

TEMPERATURA

- A regulação da temperatura corporal e a habilidade para adaptação térmica comprometida.
- disfunção hipotalâmica e lentificação da resposta aos pirogênicos, dificuldade da produção e conservação do calor (redução da gordura subcutânea, lentificação da vasoconstricção periférica)
- A febre pode estar ausente nos processos infecciosos.

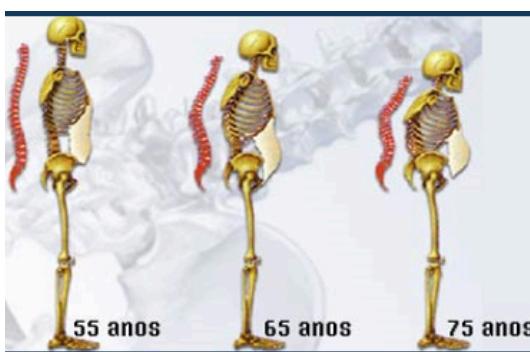
PONTOS DE PREOCUPAÇÃO:

- Temperatura axilar maior $\geq 37,2^{\circ}\text{C}$ ou elevações de 2°C na temperatura basal merecem investigação.
- hipotermia (temperatura axilar $< 35^{\circ}\text{C}$) em resposta à infecção.

ESTATURA, PESO E ENVELHECIMENTO

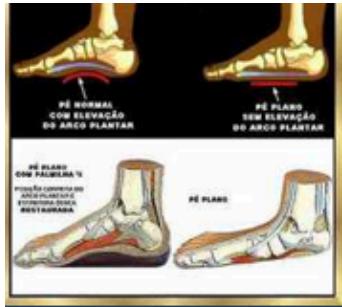
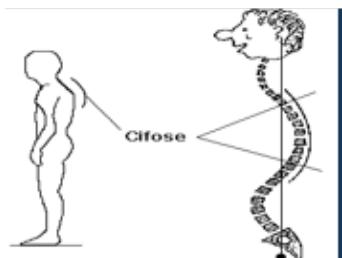
- A estatura diminui cerca de 1cm por cada 10 anos dos 40 até aos 70, acentuando-se depois essa redução:
 - achatamento das vértebras
 - redução dos discos inter-vertebrais

- cifose dorsal
- arqueamento dos membros inferiores
- achatamento do arco plantar



Cifose na parte superior da coluna, região cervicodorsal, reduzindo a distância entre a nuca e os ombros

Diminuição da distância de ombro a ombro

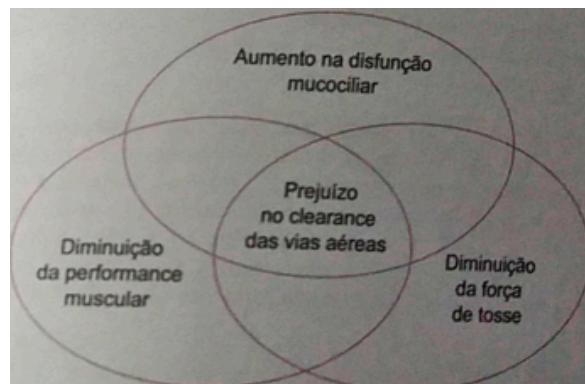


PESO DOR ÓRGÃOS

- Diminuição do peso da maioria dos órgãos (redução da massa celular).
- Fígado ↓ 1500gr aos 20 anos para 1.250g aos 80 anos,
- Cérebro ↓ 1400 gr → 1.200 gr,
- Rim ↓ de 280gr → 220 gr,
- Pâncreas ↓: 70 gr → 60 gr
- Aumentam CORAÇÃO E PROSTATA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

- ↓ da produção de surfactante (atelectasias, edema pulmonar, infecções)
- ↓ tecido elástico com colapso das pequenas vias aéreas
- ↑ volume residual Enfisema relativo



ENVELHECIMENTO CARDIOVASCULAR

- Dificuldade de distinguir entre as alterações próprias do envelhecimento e as devidas a processos patológicos
- ↓ da pressão parcial de oxigênio prolonga o relaxamento, aumentando a pressão diastólica ocasionando congestão pulmonar e disfunção diastólica- coração não consegue encher de forma eficiente, acumula.
- ↑ rigidez da parede do vaso, ↑ RVP ↑ pós carga
- ↓ produção de ATP, influxo de Ca e da contratilidade miocárdica
- Aumento da Pressão Arterial Sistêmica :
 - ↑ principalmente a sistólica 35 mm entre idade jovem e avançada
(x perda da elasticidade das artérias)
 - A elevação da resistência vascular periférica → pr diastólica.]

- Valvulopatia degenerativa/ Degeneração aórtica e mitral
 - Sopros → com repercussão clínica e sopros inocentes- (sistólico- calcificação da válvula, diastólico- doenças)
- ↑ rigidez miocárdica Disfunção diastólica (alteração do relaxamento ventricular) (disfunção no enchimento do VE)
- A fração de ejeção ventricular esquerda, em repouso, não está alterada no idoso saudável.
- Distúrbios na formação e/ou condução do estímulo cardíaco e x substituição do tecido autônomo por tecido conectivo e gordura ↑ risco de arritmias,

Insuficiência arterial- artérias ateroscleróticas

A atherosclerose está virtualmente presente em todos os idosos

↓ reflexos barorreceptores

A hipotensão postural está presente em a 30-50% dos idosos acima dos 75^a

Insuficiência venosa- Varizes

- A aterosclerose está virtualmente presente em todos os idosos
 - ↓ reflexos barorreceptores
 - A hipotensão postural está presente em a 30-50% dos idosos acima dos 75^a
 -

ENVELHECIMENTO GENITO-URINÁRIO

Rins e aparelho urinário

- Redução e tamanho e volume,
- Esclerose glomerular progressiva e redução da massa tubular ↑ gordura nas lojas renais
- ↓ progressiva do fluxo sanguíneo renal: 1% por ano após os 40 anos
 - ↓ do Função renal: **50 % após 80 anos.**
- ↓ progressiva do ritmo de filtrado glomerular :redução do clearance de creatinina (Velocidade e eficiência da filtração renal) . diminui: (0,75ml/min/ano). ↓ 30-40 % após 80anos

Quanto mais magro o idoso, mais a possibilidade da creatinina enganar

↓ massa muscular/ ↓ da atividade muscular e o menor consumo de proteínas → creatinina sérica “aparentemente normal”

- Creatinina sérica não é marcador de função renal

Creatinina de 1,0mg/dL pode representar uma depuração de 120mL/min no adulto e 60mL/min em um idoso de 80 anos ou +

Estimativa do clearance = cockroft e Gault (formula ideal para o idoso frágil)

- ✓ DCE em ml/min: 140 – idade x peso em kg

$$72 \times \text{creatinina em mg/dl}$$

x 0,85 mulher e x 1 em homes

CKD- EPI MDRD- feito nos demais idosos

- ↓ da capacidade de concentrar e conservar o sódio- hiponatremia
- Insuficiência renal relativa

Em condições de sobrecarga : administração rápida e acentuada de líquidos → hipervolemia, Insuficiência Cardíaca e edemas

- ✓ Necessidade de ajustar a dose da medicação a função renal

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS

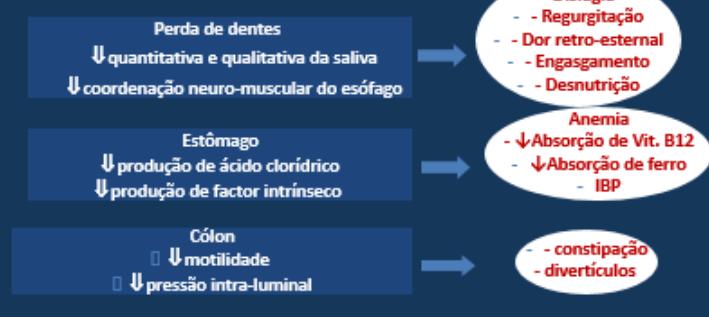
Esôfago

- Aumento da resistência da passagem dos alimentos pelo esfíncter esofágico superior
- Presbiesôfago: Transtornos motores do esôfago/ motilidade pode ser anormal pela redução da amplitude da contração muscular e pelas contrações terciárias. Peristalse anormal.
- Incompetência esfínteriana distal- DRGE . – muito comum refluxo.

Estômago:

- Redução das células parietais e Redução na mucosa gástrica
- Diminui a secreção do ácido clorídrico e de pepsina, dificultando a digestão de alimentos,
- Aumento do tempo de esvaziamento gástrico pela diminuição de sua motilidade - a gastroparesia x Redução da ineração autonômica gástrico

Clique para adicionar texto



FÍGADO

Redução do volume 20-40 % e do fluxo sanguíneo hepático

- Aumento da gordura hepática
- Redução do metabolismo das drogas, citocromo P-450
- diminuição da síntese de fatores de coagulação.

TIREOIDE

- ↓ de tamanho, tornando-se mais fibrótica e nodular
- Tireodopausa
- O hipotiroidismo e o hipertiroidismo são muitas vezes confundidos com a velhice
- Alguns estudos mostram que a **PTH aumenta nos idosos para manter o nível de cálcio**

ENVELHECIMENTO CEREBRAL

- ↓ peso do cérebro
 - perda nos lobos frontal e temporal e da substância branca do que da substância cinzenta
- ↓ n.º neurônios
 - → Atrofia cerebral e perda neuronal → declínio cognitivo
- ↓ neuromediadores

Consequências:

- Lentificação das funções cerebrais
- Alterações cognitivas
- Coordenação neuro-muscular
- Diminuição dos reflexos
- Perturbações do equilíbrio
- ↓ Capacidade cognitiva
- Perdas significativas significam patologia
- Algumas são patologias reversíveis
 - défice vitamínico
 - hipotiroidismo

SONO

- O ciclo sono-vigília se modifica
- Tendência de dormir mais cedo e acordar mais cedo.
- Os períodos de apneia são mais frequentes → sono entrecortado
- Síndrome das pernas inquietas → incoordenação entre a excitação e inibição motora.
- Produção de melatonina pela hipófise.
- Tempo total para 6 horas no idoso saudável

IMUNOSENESCÊNCIA

“resposta imune menos apropriada e até danosa”

- ↓ de AntiCorpos, aumento da suscetibilidade a infecções,
- Comprometimento da resposta imune celular.
- aumento dos auto anticorpos, > frequência e gravidade de doenças autoimunes
- Menos quadros de alergias / Ig E mediadas
- Baixa resposta vacinal
- ativação DE FATORES INFLAMATORIOS IL- 6, IL-1, TNF- α → atherosclerose, osteoporose
- “> frequência de infecções, cancer e doenças autoimunes ”

AVALIAÇÃO DO IDOSO

A avaliação clínica clássica do adulto → QP, HDA, Anamnese e EF e H Pregressa faz parte da avaliação do idoso, mas não é suficiente para o planejamento e implementação de planos de cuidados.

2 GRANDES ERROS DEVEM SER EVITADOS

- Considerar que as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes do seu envelhecimento ► o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças.
- Tratar o envelhecimento natural como doença ► e realização de exames e tratamentos desnecessários originários de sintomas e sinais que podem ser facilmente explicados pela senescência.

ADAPTAÇÕES NAS REGRAS DA ENTREVISTA

- 1-Tornar o ambiente mais adequado,
- 2- Cumprimentar logo no inicio, apresentar se e trata-lo por senhor(a),
- 3- Evitar falar aos gritos, ficar de frente, olhar nos olhos, gesticular e falar um pouco mais devagar ► leitura labial.
- 4- Ajude o a locomover se, levantar se etc
- 5- Ao final da entrevista confira, **se o paciente compreendeu**.

PECULIARIDADE DO PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA DOS IDOSOS

- - a doença física pode se apresentar como um transtorno mental com confusão e desorientação (*delirium*).
- - as reações adversas a medicamentos são mais pronunciadas e mais prováveis;
- os sinais e sintomas típicos de doenças podem estar ocultos ou ser muito leves

- múltiplos problemas orgânicos, psicológicos e sociais estão presentes.

SEMILOGIA DO IDOSO

- N se restringe somente a realização de exame voltado para um grupo de patologias.
- Avaliação orgânica e funcional.
- Anamnese
- Identificação:
- QP (difícil estabelecer)
 - HDA ► geriátrica: difícil estabelecer uma cronologia correta da doença atual
 - historias paralelas sem importância, (como posso ajudá-lo? Em que dia, data começou a...?)
- Interrogatório sintomatológico.
- AP fisiológicos
- HPP: (diagnósticos anteriores, imunizações, internações, cirurgias, hábitos)
- H familiar: número de pessoas na casa, relacionamento familiar, renda familiar e do paciente, maus tratos, caracterizar o domicílio
- Inventario medicamentoso. investigar de forma extenuante...
- Exame físico geral e por aparelhos e, lista de problemas,
- diagnóstico sindrômico, etiológico.
- Escalas de avaliação geriátrica (funcionalidade, independência autonomia)
- Plano terapêutico

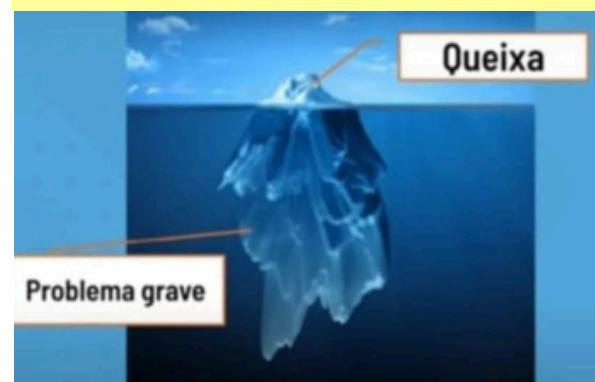
PARTICULARIDADE DA ANAMNESE

Boa RMP → fator principal

- ✓ Requer o dobro da atenção e o triplo da paciência.
- ✓ Despertar confiança → Aliança terapêutica informa pouco sobre a doença
- ✓ o paciente fica intimidado pela pressa manifestada pelo médico.
- ✓ fala de sintomas (sem importância ou próprios da velhice, esconde ou nega a doença → não fazer ex ou ser internado, ou receio com gastos, acham normal , “nada pode ser feito para isso, portanto eu n quero aborrecer”

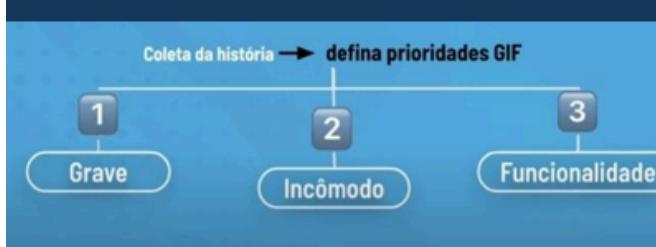
- o processo de envelhecimento pode alterar as manifestações clínicas das doenças Ex o limiar da dor (IMA, Abdome agudo, fratura óssea) ↑
- manifestações atípicas das doenças Ex delirium (confusão mental aguda), anorexia, o paciente não quer sair da cama → PMN, ITU, ICC etc
- “Pequenas alterações podem significar grandes problemas”
- doença única raro, varias morbilidades “efeito cascata”
- Múltiplas doenças interagindo entre si, mascarando sintomas e dificultando o raciocínio clínico e tornando mais complexa a anamnese.
- ?? sobre doenças pré existentes → facilita a compreensão das manifestações clínicas HPP trabalhar com lista de problemas.
- medicamentos em uso e os usados por conta própria (
- Podem interferir nas manifestações clínicas e serem os responsáveis pelos sintomas relatados pelo paciente .
- Fazer inventario medicamentoso, verificar embalagens dos medicamentos. → IATROGENIA, Polifarmácia

DICAS PARA FACILITAR O ATENDIMENTO





Como direcionar a avaliação



- Conduzir a anamnese: se expressar com certa liberdade ao inicio → uma somação de problemas e cronologia confusa na maioria das vezes tem que ser conduzida.
- **Dificuldades na queixa principal, Qual é a QP ?, MITO DA QP.**
- Quantos não tem uma queixa única, muitos problemas relacionados com suas muitas morbidades, dar ênfase para aquela que mais o preocupa
- **Tenha cuidado com a queixa principal**
- Pode ser um erro grave por n levar em consideração uma queixa vaga
- As vezes Queixa do doente ≠ queixa da família .
- Muitas alterações não valorizadas pelo o paciente ou familiar somente são lembradas quando interrogadas. → Quedas, alterações bucais, distúrbios gastrointestinais, cognitivos e comportamentais ► “iceberg”
- A historia deve ser obtida do próprio pcte, entender q ele tem necessidade de falar, as informações obtidas devem as vezes serem confirmadas.
- Anamnese e RMP Mais ampla : paciente - família
- Interrogatório sintomatológico geriátrico
Peso , apetite, emagrecimento curva de peso IMC
- transtorno da deglutição

- alteração da visão, audição
- Sintomas obstrutivos urinários, incontinência, constipação,
- dor e suas características
- Dor precordial, taquicardia
- tonturas , perda da consciência sincope
- quedas, circunstancias numero de quedas, consequências
- Esquecimento, sintomas neuropsiquiátricos sono depressão
- **A cardioresp:**
- dispnéia ?
- N manifestada espontaneamente, a agitação, confusão mental podem ser sua expressão e indicadores de sua gravidade,
- doenças pregressas podem dificultar sua etiologia.
- e o sintoma mais freqüente nos IMA (50 %) e pode substituir a dor em DAC.
- dor precordial, dor torácica, palpitações, níveis e curva de pressão arterial.

EXAME FÍSICO

- Ectoscopia
- Estado geral , grau de autocuidado e sinais de negligência, comportamento, independência , marcha, fala.
- Dados antropométricos: peso , altura , IMC ideal. Curva de peso, Circunferência da panturrilha.
- Temperatura Temp axilar > 37,2º C
- Hipotermia Temp axilar <35 º C
- A mensuração deve ser mais prolongada (5 min)
- Edemas, mucosas, hidratação, perfusão, icterícia, cianose, atitude, postura preferencial)
- Dados vitais: temperatura, pulso, FR, PA, Temp, Peso, DOR,
- Velocidade da marcha > 1 m/s

FÁCEIS

- Doença de Parkinson :fixa, imóvel, inexpressiva, cabeça para frente, pele gordurosa, cabeça para a frente

- Depressão: expressão facial triste, fronte enrugada, olhar sem brilho, apatia
- Demência: mímica pobre lábios entreabertos, olhar vago para o infinito
- Discinéticas orofaciais ou bucolinguais: em pacientes com déficit cognitivo, desdentados e em uso de antipsicóticos e antiparkinsonianos.
- Hipotireoidiana: olhos pequenos inexpressivos, rosto arredondado x infiltração edematosas, apatia, macroglossia.
- Hipertireoidiana: raro de encontrar.
- Insuficiência renal: palidez, edema palpebral
- Assimetria facial: falta de dentes
- Artérias temporais: aumentadas, nodulares, tortuosas e sem pulso → arterite temporal.

PELE

- Pele: melanose senil, “**cutis romboidal**”
- Lesões ásperas, rugosa, escamas → **queratose actínicas** → lesões premalignas.
- **Prurido: sintoma comum** → secura exacerbada da pele e ou causas sistêmicas.

ULCERAS X PRESSÃO

Por pressão prolongada entre o Tecido e a superfície em proeminências ósseas.

Escala de Braden.

- Todas são colonizadas, infecção local ou sistêmica.
- Classificadas de acordo as estruturas acometidas.
 - Grau I: hiperemia persistente.
 - Grau II: em epiderme ou derme, com lesões superficiais, abrasão, bolha.
 - Grau III: ultrapassa derme e TCS atingindo a fáscia muscular.
 - Grau IV: necrose tecidual, envolvendo músculo, osso e tendões, pode haver túneis e fistulas.

OLHOS

- Ectrópio: eversão palpebral
- Entrópio: inversão palpebral

- Arco senil: anel esbranquiçado no perímetro da córnea
- Pupilas: são menores, os tempos de relaxamento e acomodação aumentam com a idade, a reação a luz esta preservada .
- papiledema – inchaço do nervo óptico, dificulta a identificação de outras enfermidades.

CAVIDADE ORAL: OROSCOPIA

GENGIVA

Ulcerações, gengivites,

- Lesões sugestivas de malignidade ► ulcerações que não cicatrizam e lesões que sangram.

LÁBIOS

- Irritação e fissuras nos cantos dos lábios → Estomatites angular

GENGIVA

- Placas brancas nas gengivas e mucosa jugal ► Leucoplasias ou candidíases → Remover com espátula.

LÍNGUA

- glossite ou atrofia ► anemia ou déficit de vitaminas

DENTES: caries, mobilidade, higiene

TÓRAX

INSPEÇÃO:

- Forma: Tórax insuflado x aumento do diâmetro AP e da cifose acentuada.
- Rigidez da parede, debilidade muscular → diminuição da amplitude dos movimentos respiratórios (inspiração e expiração).
- Expiração mais duradoura pela ↓ da elasticidade pulmonar. **Expansibilidade torácica diminuída** → **limitada no idoso**.
- Tiragem: obstrução das VA, tumores, secreções espessas, espasmo brônquico e nos restritos ao leito e dependentes para se alimentar, Disfágicos (alimentos nas vias aéreas)
- Frequência respiratória:
 - ATENÇÃO QUANDO superior a 24 irpm ► pode preceder o diagnóstico clínico de PNM ate em 3-4 dias.

AUSCULTA:

Não conseguem realizar inspirações profundas.

- Identificar ruídos de pneumopatias previas, que dificulta a interpretação de quadros agudos.
- Nas pneumonias as crepitações podem não ter correspondência imediata com a imagem radiológica ► as alterações no Rx podem demorar ate 72 h para se tornarem evidentes.
- Ou podem estar ausentes mesmo existindo enfermidade.

APARELHO CARDIOVASCULAR

- Choque da ponta: Torna-se, mais difícil a sua palpação, particularmente em pessoas com 80 anos ou mais.
- FAZEM BASICAMENTE AUSCULTA**
- Terceira Bulha:** pode ser de difícil detecção, sempre patogênica e indicador confiável de insuficiência ventricular esquerda, fase de enchimento rápido, representa a sobrecarga de volume.
- Quarta bulha** pode ser detectada em até 94% dos idosos, independentemente da presença ou não de cardiopatia.
- Sopros sistólicos** audíveis em cerca de ½ dos idosos → a valvas calcificadas → as valvas aórtico e mitral, sem repercussão clínica .
- Sopros diastólicos** nunca são inocentes.
- Pulso irregular → F Atrial → arritmia > frequente e mais grave.

PRESSÃO ARTERIAL PARTICULARIDADES

- Prevalência de HAS e alta (>60%)
- Mensurar em ambos os braços. Considerar , o mais alto valor encontrado, o mais baixo resulta de fenômenos ateroscleróticos que mascaram a PA real.

COMO DIAGNOSTICAR A HIPERTENSÃO:

Três medidas com valores anormais em consultas diferentes

Mapeamento (MAPA), (MRPA).

A medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação

PSEUDO HIPERTENSÃO - o endurecimento das paredes das artérias periféricas,

- Medida falsamente alta ou valor maior do real, sinal de Osler + preditiva

MANOBRA DE OSLER:

Manobra consiste em insuflar o manguito até que ultrapasse a pressão sistólica. Se artéria braquial ou radial do membro em que está sendo insuflado o manguito permaneça palpável, considera-se Osler positivo.

Se não for mais palpada, significa que colapsou e, portanto, considera-se Osler negativo.

HIATUS AUSCULTATÓRIO

Consiste no desaparecimento dos sons na auscultação durante a deflação do manguito, isto pode subestimar a verdadeira pressão arterial sistólica (PAS) ou superestimar a pressão arterial diastólica (PAD).

Evita-se esse erro insuflando-se o manguito até níveis de PAS nos quais há o desaparecimento do pulso à palpação.

Hipotensão ortostática

Aferir PA (deitado, sentado e em Pé).

- Queda na pressão arterial (PA) sistólica de pelo menos 20 mmHg
- Queda na PA diastólica de pelo menos 10 mmHg
- Sintomas de hipoperfusão cerebral. (cabeça oca, tonteira, síncope, desequilíbrio, quedas, distúrbios visuais)

Classificada de acordo com a variação da FC:

- HO simpaticotônica: há resposta cardíaca compensatória apropriada (aumento da FC em até cerca de 20 bpm), encontra-se, em geral, associado ao descondicionamento físico, uso de medicamentos ou à hipovolemia;
- HO por disfunção autonômica: não ocorre aumento da FC com a queda postural da PA ou, se ocorre, em geral não é superior a 10 bpm;
- HO por distúrbio vagal: ocorre diminuição da FC associada à queda postural da PA.
 - o seu diagnóstico torna-se imperativo.
 - A prevalência na idade avançada é alta associada a quedas, tonturas

HIPERTENSÃO SISTÓLICA ISOLADA: aumento da prevalência, > 65 anos → alterações vasculares, atherosclerose de seios carotídeos, co-morbidades (DRC) e a medicamentos (diuréticos, vasodilatadores e antidepressivos)

Pressão arterial sistólica é maior que 140 mmHg e a pressão arterial diastólica menor que 90 mmHg

HIPERTENSÃO DO AVENTAL BRANCO: frequente em idosos

HIPOTENSÃO POSPANDRIAL: Diminuição da pressão pós alimentação.

Categoria	Considerar
Idosos < 80 anos	< 140/90 mmHg
Idosos > 80 anos com cognição e funcionalidade preservadas	< 150/90 mmHg
Idosos frágeis, com várias comorbidades e expectativa de vida limitada	Decisão terapêutica individualizada

ABDOMEM

PALPAÇÃO

- Redução da distância entre o tórax e a pelve e protrusão das regiões meso e hipogástrico.
- Os músculos da parede abdominal são mais flácidos, facilitando a palpação profunda de alguns órgãos abdominais, bolos ou massas fecais do colón sigmoide e transverso → Fecaloma. (sinal de Gersuny)**
- Sempre procurar fecaloma, grande causa de delirium.**
- Redução da musculatura pode dar falsa impressão de distensão abdominal
- bexigoma, massas, hérnias, Aneurismas aorta abdominal, AAA.
- O limiar de dor visceral aumentado e a parede abdominal pode não expressar a irritação peritoneal ► difícil o diagnóstico do abdome agudo diante da ausência de rigidez da parede x diminuição do tonus muscular.
- O toque retal: mandatório

EXAME NEUROLÓGICO

- Avaliação : **equilíbrio e Marcha, reflexos, força , tonus muscular e coordenação motora.**

EQUILÍBRIO E MARCHA

- Marcha hemiparética-** pé arrastado
- Marcha de ebrio,** marcha oscilante.
- Marcha festinante:** passos curtos ,lentos, tronco flexionado para frente, início lento do movimento, com aceleração rápida dos pés,

tremor de repouso ► DP, doença cérebro vascular, HPN

• HIDROCEFALIA NORMOTENSA

Tríade ► IU, marcha lenta com alargamento da base e distúrbio cognitivo

ANÁLISE MUSCULAR E FORÇA

- Reflexos osteotendinosos profundos podem estar ↓.
- Resposta extensora plantar (sinal de Babinski)** I → pode estar perjudicado
- Rigidez “roda denteadas” (rigidez muscular)→ parkinsonismo.

REFLEXOS

- Reflexos primitivos: encontrados na infância, reaparecimento ► doença cerebral difusa → processos demências
- Sinais de irritação meníngea: testar rigidez nucal → difícil interpretação na OA de coluna cervical e de joelhos.

PARES CRANIANOS

- alterações no paladar, na visão.

MOVIMENTOS

- Avaliação dos movimentos : Bradicinéticos ou hiperkinéticos.
- Bradicinéticos (Parkinsonismos):** acinesia, tremor, rigidez, instabilidade postural.

Hiperkinéticos :

- Excesso de movimentos involuntários → infartos cerebrais em regiões dos núcleos da base e tálamo .

Tremor senil: em repouso, aumenta com o exercício, MMSS, Cabeça, lábios ≠ parkinson .

DIAGNÓSTICO

Infecção pode ser silenciosa

Apresentações clínicas não específicas que podem indicar doenças graves:

- Mudanças cognitivas ou delirium
- Queixas vagas
- Astenia
- Anorexia
- Quedas recorrentes

- Perda de funcionalidade
- Incontinência urinária
- Taquipnêia
- Alterações de + ou - 2°C da temperatura basal

Doenças que mais frequentemente se apresentam de modo inespecífico no idoso

- Pneumonia
- Infarto do miocárdio
- Tromboembolismo pulmonar
- Hipotiroidismo
- Depressão
- ITU

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

Estado físico

Estado nutricional

Estado mental

Estado funcional

Estado social

QUANDO FAZER A AVALIAÇÃO?

Quando o idoso é avaliado pela 1ª vez (retrato tão fiel quanto possível dos seus problemas)

Periodicamente a intervalos regulares, particularmente depois dos 80 A, anualmente nos idosos estáveis.

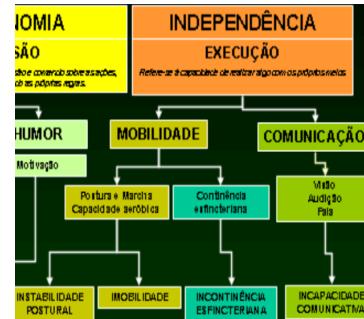
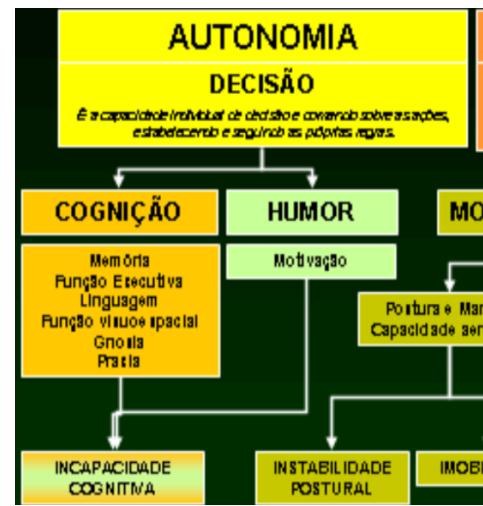
Sempre que o idoso se encontre em situação de risco:

Perdas de qualquer tipo,

Alterações significativas do seu modo de vida

Institucionalização

Pôs alta hospitalar



ESCALAS

- Equilíbrio e marcha: Escala de TINETTI, GET UP AND GO velocidade de marcha de 4m
- Atividades de vida diária (AVD e AIVD): escala de KATZ e LAWTON
- Saúde mental: MEEM e EGD
- Deficiências sensoriais
- Avaliação nutricional : MAN? Antropometria
- Avaliação do suporte familiar social: apgar
- Fatores sócio ambientais:
- Estresse do cuidador : Escala de Zarit

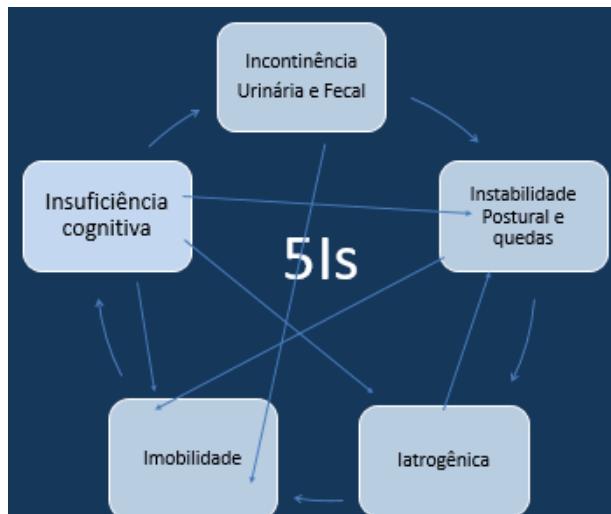
SÍNDROMES GERIÁTRICAS

Condições de saúde complexas que geralmente ocorrem na idade avançada, não entram na categoria de doenças específicas e geralmente são consequência de múltiplos fatores subjacentes e disfuncionais em vários sistemas orgânicos.

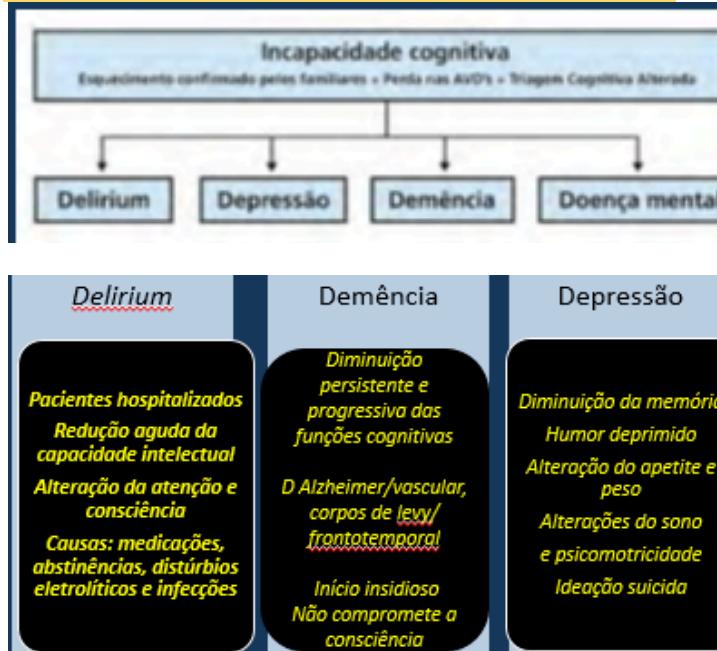
- Déficits que produzem declínio funcional e dependência.
- uma “síndrome” se caracteriza por múltiplas etiologias, ou seja, não existe uma causa única.
- geralmente, não causa risco iminente de morte mas compromete, de forma significativa, a qualidade de vida da pessoa acometida.

SÍNDROMES GERIÁTRICAS:

- ❖ síndrome de insuficiência cognitiva.
- ❖ síndrome de Instabilidade Postural – Quedas
- ❖ síndrome de imobilidade.
- ❖ síndrome de Incontinência urinaria e fecal
- ❖ síndrome iatrogênica
- ❖ Síndrome de insuficiência comunicativa
- ❖ Síndrome de insuficiência familiar/ social
- ❖ Síndrome de fragilidade



INSUFICIÊNCIA COGNITIVA



INSTABILIDADE POSTURAL E QUEDAS

- Alterações neurológicas
- Alteração cardiovascular
- Deformidade orsteoarticular
- Medicações
- Barreira arquitetônica

SÍNDROME IATROGÊNICA

- Redução de reserva funcional
- Multiplas doenças
- Alterações da farmacinaética e farmacodinâmica das drogas
- Uso de várias drogas, uso incorreto
- Alterações do controle da homeostasia

INCOTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

- Causas: *Delirium*, infecções, medicações, depressão, imobilidade, fecalomia, aumento da produção de urina.
- Perda involuntária de urina e/ou fezes em quantidade e frequência necessária para ser um problema social ou de saúde
- Consequências: fissuras perineais, úlceras de decúbito, infecções urinárias de repetição, septicemia, quedas e depressão
- Maior causa de internação em asilos

SÍNDROME DE IMOBILIDADE. INCAPACIDADE DE MUDANÇA POSTURAL

- Critérios maiores:
 - déficit cognitivo médio a grave e
 - múltiplas contraturas
- Critérios menores
 - Sinais de sofrimento cutâneo ou Ulceras x pressão
 - Disfagia leve a grave
 - Dupla incontinência
 - Afasia

CLASSIFICADO COMO TENDO A SÍNDROME SE TIVER:

dois critérios maiores e dois dos quatro critérios menores

- A cada semana de restrição completa → perda da força muscular (10-15 %) e risco de mortalidade (40 %)

