Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

Principais Agravos Agudos de Saúde da Pessoa Idosa	
Unidade 2	Infecções Respiratórias

Bem-vindo a unidade II – Infecções respiratórias

Nesta unidade, trataremos sobre Influenza, Pneumonia adquirida na Comunidade (PAC) e Exacerbação de DPOC como as Infecções Respiratórias de maior prevalência no idoso, bem como seu diagnóstico e tratamento.

Esses agravos demandam atenção especial devido sua gravidade, podendo ser classificados em agudos ou crônicos. Sua classificação deverá ter como base a apresentação dos sintomas e sinais clínicos, acompanhados por alterações evidenciadas em exames complementares.

Os objetivos dessa unidade são:

- Reconhecer a importância e o impacto social das principais infecções respiratórias para o idoso
- Identificar o idoso com suspeita de influenza e orientar-se quanto às ferramentas diagnósticas e terapêuticas
- Identificar o idoso com suspeita de pneumonia adquirida na comunidade e orientar-se quanto às ferramentas diagnósticas e terapêuticas
- Identificar o idoso com DPOC com suspeita de exacerbação infecciosa e orientar-se quanto às ferramentas diagnósticas e terapêuticas
- Conhecer as principais medidas preventivas para influenza, pneumonia pneumocócica e exacerbação de DPOC no idoso.

Tópico 01	Influenza

Introdução

Diversos vírus são causadores de infecção respiratória nos seres humanos. O vírus influenza, agente etiológico da doença que leva seu nome, é um dos mais frequentes. Sua importância epidemiológica tem crescido nos últimos anos, tanto por estar associado a morbimortalidade considerável, quanto pela facilidade de disseminação entre os indivíduos.

Existem diversos relatos de grandes epidemias de influenza na história. No século XX destacam-se a epidemia de 1918 (também conhecida como "Gripe Espanhola"), que ceifou a vida de 20 milhões de pessoas, e a pandemia de Influenza A (H1N1) ("Gripe suína"), iniciada em 2009 no México e ativa até os dias atuais.

Essa característica excepcional resulta do alto índice de mutações e recombinações genéticas que o vírus sofre em outros hospedeiros (principalmente aves e mamíferos), os quais levam ao surgimento de novas variedades de vírus para os quais os indivíduos ainda não têm imunidade.

A incidência da influenza é sazonal. No Brasil, os picos se situam nos meses chuvosos (janeiro-abril) nos estados do Norte e Nordeste e nos meses de outono e inverno (junho-setembro) nos estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste. A explicação para este fato é a de que o vírus é transmitido de pessoa-a-pessoa por gotículas ou por objetos contaminados por secreções respiratórias, infectando com mais frequencia em épocas do ano em que há maior aglomeração de pessoas dentro dos domicílios. Estudos mostram que o vírus pode permanecer viável por até 10 horas em um objeto ou superfície seca (maçaneta, toalha, talher, etc). Os adultos infectados passam a liberar o vírus pela tosse, espirro ou fala 1 dia antes do início dos sintomas, até cerca de 3 dias após o desaparecimento da febre.

Embora tenha baixa letalidade geral, a doença possui grande impacto social (quadro 1) e pode levar a sérias complicações clínicas e óbito pessoas pertencentes a determinados grupos de risco. Os idosos representam grupo de risco especial, pela queda natural da imunidade, diagnóstico clínico mais difícil e presença de múltiplas comorbidades.

IMPACTO SOCIAL DA INFLUENZA
Aumento do absenteísmo do paciente e dos cuidadores, com prejuízo financeiro para o país e para a família
Aumento da procura por serviços médicos, com sobrecarga das emergências
Aumento das hospitalizações
Agudização de doenças cardíacas e pulmonares crônicas
Aumento da mortalidade por pneumonia

Diagnóstico

No idoso, a doença se caracteriza clinicamente por levar a acometimento de todo o trato respiratório (especialmente as vias aéreas baixas) e pela presença frequente de sinais sistêmicos (febre alta de início súbito, anorexia, prostração), de forma semelhante aos demais indivíduos. A tosse - geralmente seca no início - é muito frequente e domina o quadro, eventualmente se acompanhando de coriza e odinofagia. Sintomas atípicos como vômitos, diarreia e desidratação são mais frequentes no indivíduo idoso que em outras faixas etárias, merecendo atenção do profissional de saúde.

Esse conjunto de sinais e sintomas decorrentes da influenza definem a chamada Síndrome Gripal (SG). Vários outros vírus podem causar síndrome gripal, mas evoluem com complicações menos comumente que na influenza. As queixas respiratórias altas (coriza, obstrução nasal e dor de garganta) que são minoritários na influenza, constituem os principais sintomas da rinofaringite, a condição que deve normalmente ser diferenciada da SG. A distinção clínica entre a SG e a rinofaringite viral (conhecida popularmente como "resfriado comum", que tem como agentes diversos outros vírus) é importante pelo fato de que uma série de condutas diagnósticas e terapêuticas estão indicadas para a síndrome gripal, mas não para a rinofaringite.

Você sabe diferenciar a Influenza de um Resfriado a Comum? O quadro a seguir mostra as diferenças entre as duas condições.

SINTOMAS	INFLUENZA	RESFRIADO COMUM
Ocorrência	Sazonal (outono, inverno)	Ano todo
Início	Súbito	Gradual
Febre	Geralmente alta, por 3 ou 4 dias	Incomum
Cefaleia e Mialgia	Frequentes e intensas	Incomuns e leves
Fadiga	Dura de 2 a 3 semanas	Incomum
Coriza e odinofagia	Às vezes	Muito frequentes
Tosse	Muito frequente	Incomum
Complicação	Pneumonia, sinusite	Sinusite

A evolução da influenza costuma ser benigna. Na maioria dos doentes existe melhora clínica em até uma semana. A febre raramente ultrapassa 3 ou 4 dias e sua persistência pode indicar evolução para pneumonia (pelo próprio vírus ou por bactéria). A tosse, a fadiga e o mal-estar podem perdurar por várias semanas após o desaparecimento da febre, especialmente no idoso mais debilitado.

Uma minoria dos pacientes apresentará complicações decorrentes da influenza. As mais comuns são:

Pneumonia pelo próprio vírus
Pneumonia bacteriana
Sinusite
Otite média aguda
Desidratação importante
Descompensação das doenças crônicas preexistentes (insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, etc

Na avaliação do paciente com Sindromes Gripais (SG), a presença de pelo menos um dos seguintes critérios define a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). O paciente com SRAG deve ser internado preferencialmente em unidade de terapia intensiva.

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)
Desconforto respiratório
Hipoxemia (saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente)
Piora das condições clínicas das doenças de base
Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente
Rebaixamento do nível de consciência*

* Critério específico para o idoso

Os exames laboratoriais para o idoso com influenza incluem hemograma, CPK, função renal, eletrólitos, gasometria arterial e raio-x do tórax. Os achados mais comuns estão descritos a seguir:

Exames laboratoriais na influenza

Hemograma

- Leucopenia com linfopenia ou leucograma normal com linfocitose

- Atipia linfocitária (eventual)

- Leucocitose com neutrofilia sugere pneumonia bacteriana

- Plaquetopenia leve (eventual)

Função renal e eletrólitos

- Normal ou infiltrado intersticial discreto

- Consolidações sugerem evolução para pneumonia bacteriana ou pelo próprio vírus

Raio X de Tórax

renal e desequilíbrio hidroeletrolítico são mais comuns nos idosos

CPK

- Elevação maior que 2 vezes indica miosite significativa e representa sinal de alerta para gravidade.

[1]Creatina fosfoquinase

O diagnóstico específico de influenza no Sistema Único de Saúde (SUS) é feito através da coleta de swab nasal ou de orofaringe, que deve ser transportado em meio apropriado ao laboratório de referência da região. São realizados detecção de material genético do vírus por PCR e cultura viral da secreção contida no swab. A coleta do material está indicada nos casos de SRAG.

Diagnóstico

Segundo o protocolo atual do Ministério da Saúde, todo paciente de 60 anos ou mais com SG tem indicação de tratamento com medicamento antiviral, independente da situação vacinal. Não se deve aguardar a confirmação laboratorial, tendo em vista que o tratamento é mais eficaz quanto mais precocemente seja iniciado. Não há indicação de tratamento para os casos diagnosticados como rinofaringite viral.

A droga de escolha é o Fosfato de Oseltamivir (*Tamiflu®), na dose de 75 mg (1 cápsula), por via oral, de 12/12 horas, por 5 dias. Existe ajuste de dose para insuficiência renal (para clearances de

creatinina menores que 30 ml/min). O principal efeito adverso é a intolerância gástrica ao medicamento, que pode comprometer sua absorção. Se houver vômito até 1 hora após a ingestão do medicamento, deve-se administrar uma dose adicional. Para pacientes com SRAG a dose é a mesma (embora admita-se a possibilidade de administração do dobro da dose em casos muito graves), e está indicada a antibioticoterapia para pneumonia comunitária conforme os consensos vigentes.

* Atenção: a prescrição medicamentosa é prerrogativa do médico.

Você sabia?

O Ministério da Saúde criou um fluxograma de atendimento da Influenza para casos suspeitos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), de acordo com o protocolo vigente do Ministério da Saúde. Incluído sinais, sintomas, fatores de risco a considerar, bem como a indicação de tratamento do Oseltamivir e do Zanamivir, em cada caso. (Disponível na biblioteca complementar)

Tópico 2 Pneumonia adquirida na comunidade (PAC)

Introdução

As pneumonias representam a 6a maior causa geral de morte entre pessoas maiores de 65 anos, e entre as doenças infecciosas, ocupa a primeira colocação. Estudos mostram que elas são a maior causa de internação dentre todas as doenças respiratórias, sendo 3 a 4 vezes mais frequentes nos idosos que na população geral. A influenza se destaca como importante fator predisponente para pneumonia bacteriana, o que foi evidenciado por diversos estudos que mostraram importante aumento das internações e morte por pneumonia pneumocócica durante epidemias de influenza.

A fisiopatogenia da pneumonia envolve 3 passos:

- Acolonização das vias aéreas superiores por um germe patogênico;
- A spiração de conteúdo dessa região para as vias aéreas inferiores;
- E capacidade do hospedeiro de defender-se contra o microorganismo e eliminá-lo.

No indivíduo idoso, vários fatores contribuem para que o patógeno invasor colonize e posteriormente infecte o tecido pulmonar do paciente. Dentre eles, destacam-se a maior taxa de colonização por bactérias patogênicas (especialmente nos idosos

residentes em instituições de saúde de longa permanência); a aspiração mais frequente e em maior quantidade, geralmente em decorrência de demências e outros transtornos neurológicos; e a queda natural da imunidade, que dificulta o clearance dos microorganismos das vias aéreas inferiores.

Diversas comorbidades são frequentes na 3a idade e, também, se correlacionam com o aumento do risco de pneumonia. Dentre elas, destacamos:

Fatores que predispõem a PAC	
Tabagismo	Etilismo
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Insuficiência cardíaca congestiva
Insuficiência renal crônica	Doença hepática crônica
Diabetes melito	Neoplasias malignas
Desnutrição	Uso de sonda nasogástrica
Cirurgia recente	Uso de medicamentos com efeito sedativo
Incapacidade funcional	Fragilidade
Doenças neurológicas e psiquiátricas	Infecção respiratória por influenza e outros vírus

Os germes mais frequentemente envolvidos nas pneumonias bacterianas no idoso são Streptococcus pneumoniae e Haemophilus influenzae. Os microrganismos conhecidos como "atípicos" (Mycoplasma, Chlamydia e Legionella) ocupam, em conjunto, o 3o posto. Quando há aspiração significativa, as infecções podem ser polimicrobianas, com a participação de anaeróbios.

Você conhece os agentes mais frequentemente envolvidos nas pneumonias comunitárias?

No quadro a seguir, eles são apresentados juntamente com algumas notas.

BACTÉRIA	NOTAS
S. pneumoniae	Germe mais comum. Particularmente ligado às pneumonias pós-influenza
H. influenzae	2o germe mais comum
"Atípicos"	Normalmente causam doença mais branda e prolongada (exceto Legionella)
Moraxella catarrhalis	Associada com DPOC
Bacilos Gram-Negativos	Mais prevalentes em diabéticos, etilistas e uso recente de antimicrobianos
Staphylococcus aureus	Normalmente secundária a disseminação hematogênica de foco à distância
Anaeróbios	Coinfectam pneumonias aspirativas

Vários outros patógenos menos frequentes estão relacionados a situações de exposição ambiental específicas (contato com animais, bioterrorismo, etc).

Diagnóstico

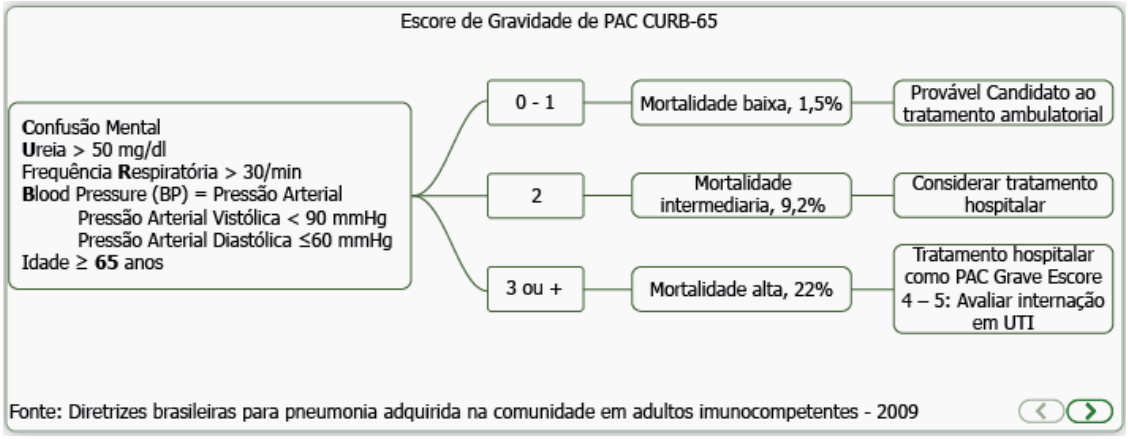
A apresentação clínica da PAC em indivíduos idosos (especialmente nos maiores de 80 anos) pode ser mais sutil que nas pessoas mais jovens, com início gradual dos sintomas. A febre ocorre menos comumente e normalmente é mais baixa. A tríade clássica da pneumonia bacteriana (febre, tosse e dispneia) só está presente em metade dos casos, sendo a taquipneia é um sintoma mais frequente. O profissional de saúde deve atentar para o fato de que sintomas não-respiratórios podem prevalecer no início de uma pneumonia no idoso - diminuição da funcionalidade, astenia, alterações sutis das faculdades mentais, anorexia e dor abdominal. O não reconhecimento precoce da doença leva a significativamente mais bacteremia e morte na população idosa. O exame físico normalmente revela taquicardia, taquipneia, desidratação leve e estertores crepitantes localizados à ausculta pulmonar. Em casos mais graves sobrevêm dispneia, cianose, desidratação grave, rebaixamento do nível de consciência e hipotensão arterial.

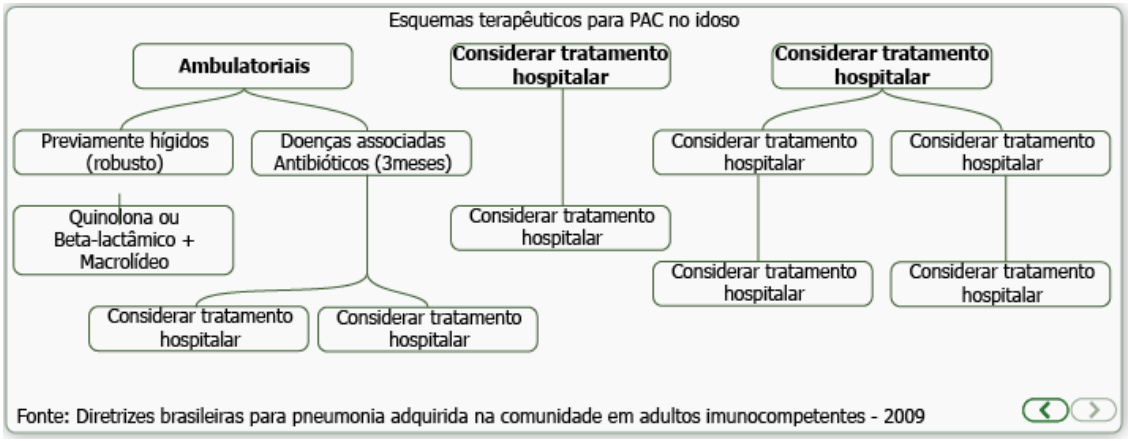
Importante

Todo idoso com suspeita clínica de PAC deve ser submetido a investigação com raio-X de tórax em PA e perfil, hemograma, proteína C-reativa, procalcitonina (se disponível), função renal e eletrólitos. O diagnóstico microbiológico é difícil e factível geralmente apenas nos casos mais graves. Em pacientes com pneumonia grave ou na suspeita de germe raro ou multirresistente está indicada a hemocultura (pelo menos 2 amostras) e cultura de secreção respiratória (lavado broncoalveolar). As culturas de escarro e aspirado traqueal têm pouca valia na maioria dos idosos com PAC.

Tratamento

A primeira definição quanto ao tratamento do idoso com PAC deve ser o local de tratamento. Diversos escores clínico-laboratoriais podem ser usados para nortear essa escolha, que devem ser aliados sempre ao bom senso clínico. O mais simples e difundido é o **CURB-65**, conforme apresentado a seguir.





Drogas usadas para tratamento de PAC

Macrolídeos

- Azitomicina; Claritromicina

Quinolonas

- Levofloxacino; Moxifloxacino[1]; Gemifloxacino

Beta-Lactâmicos

- Amoxicilina; Amoxicilina-Clavulanato[1]; Ampicilina-Sulbactam[1]; Cefuroxima; Ceftriaxona

Beta-Lactâmicos com atividade para Pseudomas

- Cefepime; Piperacilina-Tazobactam[1]

[1] Boas opções na suspeita de pneumonia aspirativa (atividade para anaeróbios)

* Atenção: a prescrição medicamentosa é prerrogativa do médico

Tópico 3	Exacerbação de DPOC

Introdução

A doença pulmonar obstrutiva crônica é uma patologia pulmonar progressiva resultante de obstrução ao fluxo de ar através das vias aéreas inferiores. Essa obstrução decorre da inflamação crônica dos brônquios (bronquite crônica) ou da destruição dos alvéolos pulmonares (enfisema), ou da coexistência de ambos. Várias são as causas de DPOC, sendo o tabagismo a mais importante em termos de frequência e severidade.

Agentes de exacerbação de DPOC

Vírus - Influenza

Bactérias Streptococcus pneumoniae Haemophilius influezae Moraxella catarrhalis Pseudomonas aeruginosa1 Chlamydia pneumoniae[1]

[1] Normalmente envolvidos em quadros graves.

A DPOC é a quarta causa de morte entre pessoas de 70 a 90 anos e leva a uma perda importante da qualidade de vida do idoso, com limitação das atividades diárias e exacerbações frequentes. Em alguns locais, a doença é a maior causa de admissão de idosos em unidades de terapia intensiva, geralmente por exacerbações agudas. Dentre as diversas causas de descompensação da doença, destacam-se as exacerbações infecciosas agudas (infecção dos brônquios por vírus ou, mais frequentemente, por bactérias).

Você sabe quais os principais impactos das exacerbações da DPOC no idoso?

Dentre os impactos principais destacamos que elas pioram a qualidade de vida do paciente idoso; causam sintomas e alterações de função pulmonar que podem levar semanas para melhorar; aceleram a taxa de declínio da função pulmonar; estão associadas com mortalidade significativa, especialmente nos idosos que necessitam hospitalização e tâm alto custo socioeconomico para o paciente e sua família.

Em média, os pacientes com DPOC em estágio avançado têm 3 episódios de exacerbação por ano, que trazem consigo um impacto pessoal e social significativo.

Estudos mostraram que a mortalidade após 3 anos de pacientes com DPOC que necessitaram de hospitalização por exacerbação infecciosa é aproximadamente 49%.

Diagnóstico

As formas leve e moderada da DPOC são normalmente pouco sintomáticas, o que faz com que passem despercebidas, e tenham seu sintoma principal (tosse crônica) confundido com a irritação produzida pelo cigarro. Nas fases avançadas, a maioria dos pacientes se apresenta com dispneia progressiva que piora com os esforços, tosse com expectoração e, eventualmente, episódios de sibilância. Particularmente nos idosos, mobilidade reduzida e fadiga fácil são bastante prevalentes e podem chamar a atenção na anmnese. A DPOC não causa déficits cognitivos no idoso, mas a depressão é comum devido à perda progressiva da independência. É na fase avançada que as exacerbações costumam ocorrer com maior frequencia e representam maior risco para os pacientes.

Os sintomas das exacerbações infecciosas são a piora da intensidade da tosse habitual ou piora da expectoração (secreção mais abundante, espessa e de aspecto mais purulento). Febre e dispneia nem sempre estão presentes, e podem indicar quadro mais intenso ou evolução para pneumonia. Ao exame físico, os achados são pobres e não diferem dos normalmente encontrados no idoso com DPOC comum. Nas formas graves, podem ser observados dispneia intensa com uso de musculatura acessória, cianose central, rebaixamento do sensório, edema periférico e tendência à hipotensão.

No atendimento ao idoso com DPOC e suspeita de exacerbação infecciosa, as outras causas de descompensação devem ser investigadas e tratadas, pois sua associação com os processos infecciosos não é rara: tromboembolismo pulmonar, pneumotórax por ruptura de bolha pulmonar, síndrome coronariana aguda, arritmias cardíacas e insuficiência cardíaca congestiva (ICC).

As alterações laboratoriais mais comuns das exacerbações infecciosas estão descritas no quadro ao lado. Eletrocardiograma e exames de função renal e eletrólitos também devem ser solicitados com vistas a descartar as patologias que podem estar associadas.

Exames na DPOC exacerbada

As alterações laboratoriais mais comuns das exacerbações infecciosas são:

Hemograma

- Leucocitose com neutrofilia

PCR

- Elevada

Gasometria arterial

- Hipercapnia maior que a habitual Hipoxemia Baixa saturação de 02

Raio-X de tórax

- Alterações comuns da DPOC[1] + acentuação da trama bronco-vascular[2]

[1]Alterações radiológicas comuns da DPOC: Aumento do volume pulmonar, aumento do espaço entre as costelas, retificação do diafragma, entre outras.
[2]A presença de área de hipotransparência pulmonar nova sugere pneumonia

Tratamento

Os objetivos do tratamento da exacerbação da DPOC são minimizar o impacto dos sintomas da descompensação atual e reduzir o risco de novas exacerbações. A decisão quanto ao local de tratamento (ambulatorial ou hospitalar) depende do grau de comprometimento da função pulmonar de base do paciente e da gravidade dos sintomas do quadro atual. Enquanto 80% da população geral com DPOC exacerbada pode ser manejada com segurança em ambiente hospitalar, provavelmente mais da metade dos idosos nessas condições necessitarão internamento, seja pelas múltiplas comorbidades, seja pela tendência natural a maior gravidade, porém não há estudos específicos nessa população.

A primeira medida terapêutica a ser tomada no idoso com DPOC exacerbada é a administração de oxigênio suplementar. O tratamento farmacológico envolve medicamentos de 3 classes: broncodilatadores, corticoides e antibióticos. Pacientes com insuficiência respiratória devem ser conduzidos à UTI. Na DPOC, a ventilação mecânica não-invasiva é particularmente vantajosa, mas requer que o idoso esteja consciente e cooperativo.

Indicações potenciais para admissão hospitalar do idoso com DPOC exacerbada
Dispneia de repouso
Surgimento de cianose central ou edema periférico novos
DPOC grave de base
Presença de comorbidades importantes (ICC, arritmias)
Falha no tratamento ambulatorial
Exacerbações muito frequentes
Incapacidade de cuidados domiciliares apropriados[1]

[1] Condições socioeconômicas ruins, não compreensão das medidas terapêuticas pelo paciente e sua família, ausência de cuidadores capacitados

Drogas usadas no tratamento da exacerbação da DPOC		
Classe	**Drogas**	**Classe**
Broncodilatadores	β-agonistas inalatórios de curta duração (fenoterol)	- Podem ser associados com anticolinérgicos (ipratrópio) Ausência de resposta: xantinas (aminofilina)
Corticoides	Prednisona ou Prednisolona	- 30 - 40 mg/dia por 10-14 dias
Antibióticos	- Amoxicilina-Clavulanato - Macrolídeos[1] (Azitromicina, Claritromicina) - Quinolonas respiratórias[2] (Levofloxacino, Moxifloxacino) Cefalosporinas (ceftriaxona, cefepime)[3]	[1]Quadros leves [2]Quadros graves [3]Em associação com macrolídeos ou quinolonas Duração: 5-10 dias

* Não use medicamentos sem orientação médica. Pode ser perigoso para a sua saúde

Se necessário internamento, fisioterapia respiratória deve ser instituída precocemente e a necessidade de acompanhamento fisioterápico de longo prazo deve ser avaliada. O ajuste das doses dos medicamentos de manutenção para o tratamento da DPOC deve ser feito ao final da terapia do episódio de exacerbação. O profissional de saúde deve se certificar que o idoso e seus familiares sejam apropriadamente instruídos sobre as doses dos medicamentos (normalmente múltiplos), a identificação de sintomas de descompensação, bem como retorno ambulatorial para reavaliação em 4 a 6 semanas. A cessação do tabagismo, se houver, deve ser fortemente encorajada.

Tópico 4 Prevenção das Infecções Respiratórias no Idoso

Diversos estudos relataram que a idade avançada, por si só, não é um fator de risco independente para a maioria das doenças infecciosas. De fato, a presença frequente de comorbidades e a dependência social das quais grande parte da população idosa sofre são os fatores preponderantes para maior suscetibilidade geral e gravidade das infecções. Desta forma, as medidas de prevenção para essas doenças se concentram na imunização contra alguns agravos transmissíveis e prevenção e tratamento precoce das comorbidades. Além disso, há evidências significativas dos benefícios da nutrição adequada, prática de exercícios físicos, integração social e o envolvimento contínuo em atividades produtivas na redução da incidência e do impacto das doenças infecciosas e na manutenção da qualidade de vida.

Em idosos que possuem fatores de risco especificamente para pneumonia aspirativa (portadores de

doenças neurológicas, em especial), as orientações para os cuidadores devem incluir medidas que reduzam o risco de aspiração: evitar ingestão de líquidos durante as refeições, evitar refeições muito volumosas, manter sempre que possível a cabeceira da cama elevada. Além disso, a manutenção da higiene dentária também colabora nesse sentido, ao reduzir a flora microbiana que habita a cavidade oral.

Leitura Complementar

As doenças respiratórias, particularmente as pneumonias e gripes, são importante causa de internação e óbito entre os idosos. Dessa forma torna-se necessário aprofundarmos nossos conhecimento a respeito dos tópico Imunização e Prevenção/tratamento dessas comorbidades (Disponível na biblioteca complementar)

Tópico 5 Concluindo

Nesta unidade vimos que as infecções respiratórias trazem grande ônus ao idoso e sua família, seja na gravidade potencial das infecções, no tempo mais prolongado para a reabilitação, ou do ponto de vista dos custos individuais e coletivos.

Abordamos, ainda, as formas de tratamento, prevenção e diagnóstico, bem como visualizamos alguns dos medicamentos mais utilizados para tratar e/ou amenizar os sintomas apresentados pelos paciente.

Agora sabemos que a prevenção das infecções respiratórias devem ocupar papel de destaque na avaliação do idoso em consulta.

CASO CLÍNICO

Identificação:
Cláudio, 79 anos, natural e procedente de Icó (interior do Ceará), aposentado, viúvo, evangélico.

Queixa Principal:
"Tosse e febre"

História da Doença Atual:
Ana (filha do paciente) refere que Cláudio iniciou, há três dias, quadro febril (não aferido) de inicio agudo, associado à tosse seca. Refere que o paciente está indisposto e não tem vontade de realizar suas atividades diárias. Nega coriza, obstrução nasal e odinofagia. Nega alteração do habito urinário e refere diarreia iniciada ontem (3 episódios ao dia). Informa casos de gripe (sic) em seu condomínio em outros idosos e manifesta preocupação, pois seu pai já foi internado três vezes por Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC).

História Patológica Pregressa:
Nega alergias medicamentosas. Refere acompanhamento com pneumologista no hospital de referencia da sua região devido ao diagnóstico de DPOC há cerca de 10 anos. Três internamentos prévios nos últimos dois anos com diagnóstico de alta de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Refere acompanhamento no Posto de Saúde de Icó devido a HAS e DM. Tabagista pesado (40maços/anos) – filha informa que o pai ainda não perdeu o hábito e que ainda fuma cerca de 4 cigarros em 1 semana. Ex- etilista moderado.

Ao exame:

- Regular estado regular, emagrecido, anictérico, acianótico, febril (38,2ºC), hipocorado (+/4+), desidratado (+++/4+), taquipnéico.
- Ausculta Cardíaca: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, 2 tempos, sem sopro. FC: 124 bpm. PA: 140 x 70 mmHg
- Ausculta Pulmonar: murmúrio vesicular reduzido bilateralmente, com roncos esparsos. FR: 20 irpm.
- Abdome: globoso, indolor à palpação, ausência de visceromegalias e massas, ruído hidroaéreo presente.
- Extremidades: pulso periférico palpável, sem sinais de edema ou cianose.

01. Com relação ao diagnóstico e ao tratamento adequados no caso de Cláudio, marque o item correto.

a) Sintomas como vômito, diarreia e desidratação não fazem parte do possível quadro clínico apresentado pelo idoso.
b) Queixas respiratórias altas predominam na influenza, sendo este um critério que auxilia na diferenciação da rinofaringite (resfriado comum).
c) Acometimento do trato respiratório, sintomas sistêmicos e tosse (geralmente seca no início) constituem a chamada síndrome gripal da influenza no idoso.
d) A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é um marcador de gravidade, estando indicado o internamento do paciente tratamento na enfermaria.
e) Existem medicamentos disponíveis para o tratamento da influenza, mas o Sr Cláudio não necessita de terapia específica.

02 Segundo o relato de Ana, filha de Cláudio, seu pai já apresentou internamentos prévios devido a quadro de pneumonia. Sobre esse assunto, assinale a alternativa correta.

a) A pneumonia é uma condição rara no idoso, não devendo fazer parte das hipóteses iniciais no caso de uma infecção respiratória nessa faixa etária.
b) Os sintomas não-respiratórios podem prevalecer no início de uma pneumonia no idoso, devendo o profissional de saúde estar atento para esta situação.
c) Em geral, a PAC se manifesta de inicio agudo, tendo a febre como principal característica.
d) A decisão de internar um idoso com pneumonia depende apenas da presença ou não de dispneia.
e) Resistência bacteriana é um fator que não se relaciona com a falha terapêutica.

Referências

BRASIL. **Protocolo de Tratamento de Influenza 2013**. Ministério da Saúde, 2013.

CORRÊA, R. A. et al. Diretrizes Brasileiras para Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos Imunocompetentes - 2009. **J Bras Pneumol**, v. 35, n. 6, p. 574-601, 2009.

COSTA, E. F. A.; TEIXEIRA, I. C.A.; VICTOY, L. M. R. Pneumonias. In: Freitas, E. V. et al.**Tratado de geriatria e gerontologia.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 627-43.

DONOWITZ, G.R. Acute Pneumonia. In: MANDELL, G. L. et al. **Principles and practice of infectious diseases**. 7. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010. (vol. 1)

PUNTURIERI, A.; WEINMANN, G. G.; REYNOLDS, H. Y. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Acute Exacerbations. In: MANDELL, G. L. et al. **Principles and practice of infectious diseases**. 7. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010. (vol. 1)

SENGER, J. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. In: In: Freitas, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. p. 615-26.

TREANOR, J. J. Influenza Viruses, Including Avian Influenza and Swine Influenza. In: MANDELL, G. L. et al. **Principles and practice of infectious diseases**. 7. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010. (vol. 2)

VESTBO, J. et al. Global Strategy for the Diagnosis, Manegement and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: GOLD Executive Summary. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 187, n. 4, p. 347-65, 2013.