



Internato em Geriatria

1º Grupo: 26/07/2010 a 20/08/2010

2º Grupo: 23/08/2010 a 10/09/2010

Atividades no Serviço de Geriatria

	2a	3a	4a	5a	6a
7:30 horas	Enfermaria	Aula	Enfermaria	Seminários	Discussão de Caso
8:30 horas		Enfermaria		Estudo de Caso	Enfermaria
9:30 horas				Enfermaria	
13:00 horas	Tutoria: Geriatria	Tutoria: Psiquiatria	Ambulatório	Ambulatório	Ambulatório

Tutorias, Portfólios e Avaliação Teórica: Grupos de 7 semanas

26/07/2010	Apresentação
02/08/2010	Síndrome do Imobilismo
09/08/2010	Demências
16/08/2010	Farmacocinética e Farmacodinâmica
23/08/2010	Síndrome de Fragilidade e Quedas
30/08/2010	latrogenia
30/08/2010	Avaliação Teórica
10/09/2010	Entrega dos Portfólios - por e-mail: mauriciomventura@uol.com.br



Tutoria de Síndrome do Imobilismo

- 1)- Definição de Síndrome do Imobilismo - Livia
- 2)- Causas da Síndrome do Imobilismo - Tatiana
- 3)- Cuidados com o idoso restrito ao leito – Michele Pereira
- 4)- Alterações musculares, tratamento e prevenção na Síndrome do Imobilismo - Sandro
- 5)- Alterações articulares, tratamento e prevenção na Síndrome do Imobilismo - Tiago
- 6)- Alterações ósseas, tratamento e prevenção na Síndrome do Imobilismo – Michele Curi
- 7)- Alterações cutâneas, tratamento e prevenção na Síndrome do Imobilismo - Marcelo
- 8)- Alterações cardíacas, tratamento e prevenção da Síndrome do Imobilismo - Carla
- 9)- Alterações vasculares, tratamento e prevenção da Síndrome do Imobilismo - Aline
- 10)- Alterações pulmonares, tratamento e prevenção da Síndrome do Imobilismo - Newton
- 11)- Alterações gastro-intestinais, tratamento e prevenção da Síndrome do Imobilismo - Willian
- 12)- Alterações urinárias, tratamento e prevenção da Síndrome do Imobilismo - Juliana
- 13)- Alterações endócrinas, tratamento e prevenção da Síndrome do Imobilismo - Janaina
- 14)- Complicações da Síndrome do Imobilismo - Raquel



Tutoria de Demências

- 1)- Avaliação Cognitiva em Idosos – O Mini Exame do Estado Mental - Raquel
- 2)- Avaliação Cognitiva em Idosos – O Teste do Relógio - Carla
- 3)- Avaliação Cognitiva: teste da fluência verbal - Janaina
- 4)- Critérios Diagnósticos do Transtorno Cognitivo Leve - Juliana
- 5)- Critérios Diagnósticos da Síndrome Demencial - Tatiana
- 6)- Demências Reversíveis - Sandro
- 7)- Critérios Diagnósticos da doença de Alzheimer segundo DSM IV - Marcelo
- 8)- Critérios Diagnósticos da Demência por Múltiplos Infartos Cerebrais – Michele Cury
- 9)- Critérios Diagnósticos da Doença de Biswanger - Livia
- 10)- Critérios Diagnósticos da Demência por Corpúsculos de Lewy - Aline
- 11)- Critérios Diagnósticos da Demência na Doença de Parkinson - Willian
- 12)- Critérios Diagnósticos da Hidrocefalia de Pressão Normal - Newton
- 13)- Critérios Diagnósticos do Hematoma Sub-dural Crônico - Tiago
- 14)- Critérios Diagnósticos da Demência Fronto-temporal – Michele Pereira



Tutoria: Farmacocinética e Farmacodinâmica

Absorção de drogas: 1)- Via Oral - Marcelo

2)- Via Intra-muscular/Via sub-cutânea - Janaina

3) - Via trans-dérmica - Newton

Distribuição de drogas: 4)- Drogas lipofílicas - Tiago

5) –Hidrofílicas - Tatiana

6)- Excreção de drogas - Aline

7)- Metabolização das drogas - Carla

Cuidados na administração dos seguintes medicamentos:

8)- Anti-depressivos e neurolépticos: - Michele Cury

9)- Benzodiazepínicos: - Michele Pereira

10)- Anti-inflamatórios não hormonais: - Livia

11)- Anti-inflamatórios esteroidais: - Juliana

12)- Amiodarona: - Willian

13)- Mio-relaxantes e anti-espasmódicos:- Sandro

14)- Anti-histamínicos: - Raquel



Tutoria – Síndrome de Fragilidade e Quedas

- 1)- Definição da Síndrome de Fragilidade - Carla
- 2)- Fenótipo da Síndrome de Fragilidade - Raquel
- 3)- Ciclo da Fragilidade - Marcelo
- 4)- Complicações da Síndrome de Fragilidade - Sandro
- 5)- Tratamento da Síndrome de Fragilidade - Willian
- 6)- Prevenção da Síndrome de Fragilidade – Michele Pereira
- 7)- Epidemiologia e Complicações das Quedas em Idosos - Livia
- 8)- Fatores de Risco Intrínseco para Quedas em Idosos - Tatiana
- 9)- Fatores de Risco Extrínsecos para Quedas em Idoso - Juliana
- 10)- Avaliação de Quedas em Idosos: história clínica - Newton
- 11)- Avaliação de Quedas em Idosos: antecedentes pessoais e medicamentosos - Janaina
- 12)- Avaliação de Quedas em Idosos: timed get up and go test e apoio unipodal (Tandem) - Tiago
- 13)- Avaliação de Quedas em Idosos: hipotensão ortostática, Romberg, Alcance funcional - Aline
- 14)- Avaliação de Quedas em Idosos: escalas de equilíbrio e marcha (Tinetti, Berg) – Michele Cury



Portfólio

Consiste na apresentação e discussão de um caso clínico, acompanhado pelo aluno na enfermaria ou no ambulatório do Serviço de Geriatria. O objetivo é avaliar a capacidade dele em estabelecer as hipóteses diagnósticas por meio de uma história obtida pelo aluno junto ao próprio paciente e/ou cuidador responsável.

Será avaliada a apresentação do caso, propriamente dita, por meio de obtenção da anamnese conforme os preceitos da propedêutica. Cada item apresentado de forma correta receberá a pontuação conforme assinalado abaixo.

Identificação

Queixa e Duração

História Prévia da Moléstia Atual

Interrogatório Sobre os Diferentes Aparelhos

Antecedentes Pessoais

Antecedentes Medicamentosos

Antecedentes Familiares

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Discussão

Conclusão

Exemplos:

Identificação: (Correto: 0,5 ponto)

JMC, 83 anos, masculino, casado, nascido e procedente de São Paulo (S.P.) (correto: 0,5 ponto)



Queixa e Duração: (Correto: 0,5 ponto)

Ardor ao urinar há 2 dias (correto)

Disúria há 2 dias (errado)

História Prévia da Moléstia Atual: (correto: 0,5 ponto)

Há 2 dias iniciou quadro de ardor ao urinar, associado à dificuldade em segurar a urina. Nega febre, dor lombar. A urina é de cor clara, não tendo observado a presença de sangue e/ou pus na urina. (correto: 1 ponto)

Há 2 dias iniciou quadro de disúria, incontinência urinária. Não teve febre. Não foi observado hematuria ou piúria (errado: 0 ponto)

Interrogatório sobre diferentes aparelhos: (correto: 0,5 ponto)

Geral: relata bom sono e boa alimentação. Nega emagrecimento

Pescoço: nega o aparecimento de nódulos ou bócio

Coração e Pulmões: nega falta de ar, tosse, expectoração dor torácica e precordial

Gastro-Intestinal: nega queimação retro-external, dor epigástrica, empaixamento pós-prandial, alteração de hábito intestinal

Genito-urinário: acompanhante relata alteração da libido, de tal maneira que há cerca de 2 ou 3 anos, o paciente vem com um comportamento inadequado falando palavras impróprias, de maneira como nunca havia acontecido antes, solicitando a sua cuidadora a manter relações sexuais com ele. Além disso vem notando, paulatinamente, uma diminuição da força do jato urinário, uma interrupção do jato durante a micção, e uma demora a iniciar a micção. Também notou a presença de um resíduo pós-miccional.



Osteo-articular: nega dor e inchaço nas pernas, mãos ou qualquer outra articulação. Relata episódios de quedas, em que caminhando na rua, tem uma sensação de desequilíbrio conforme realiza movimentos bruscos de um lado a outro.

Neurológico: consciente e contactuando. Acompanhante relata que há 3 ou 4 anos paciente vem apresentando dificuldade em lembrar-se de fatos acontecidos recentemente: não se lembra de quem o visitou, nem de quando foi ao banco retirar sua aposentadoria.

Concomitantemente, há uma dificuldade em realizar atividades corriqueiras, como consertar uma torneira que vaza e mexer com dinheiro: não consegue mais calcular o troco que deve receber ao realizar compras numa padaria. Acompanhante relata que o quadro vem piorando de maneira lenta e progressiva.

Antecedentes Pessoais: (Correto: 0,5 ponto)

Tem antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus. Nega tabagismo e etilismo. Nega cirurgias prévias.

Antecedentes Medicamentos: (correto: 0,5 ponto)

Hidroclorotiazida, 25mg/d, Glibenclamida 5mg antes do café da manhã. (correto)

Clorana, 25mg/d, Danonil 1cp/d (errado)

Clorana, Daonil (errado)

Antecedentes Familiares: (correto: 0,5 ponto)

Paciente não lembra dos problemas de saúde sua família. Segundo acompanhante, pai do paciente faleceu por problemas de coração, mãe também teve problemas de memória e faleceu com muita idade quando já nem conseguia andar mais.

Exame Físico: (correto: 0,5 ponto)

Bom estado geral, corado, desidratado, acianótico, anictérico, eupnêico, afebril

Coração: ritmo cardíaco regular, dois tempos, sem sopros

Pulmões: murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios



Abdomen: plano, flácido, indolor, sem visceromegalia

Membros Inferiores: sem edemas, pulsos presentes e simétricos

Neurológico: consciente e contactuando, sem déficits motores aparentes

Hipótese Diagnóstica (3 pontos)

Infecção urinária: Cistite, Pielonefrite

Hiperplasia Prostática Benigna, Adenocarcinoma de Próstata

Doença de Alzheimer, Demência Vascular.

Hipertensão arterial

Diabetes Mellitus

Discussão (3 pontos)

Quanto ao diagnóstico de infecção urinária, os sintomas são bem claros: disúria e dificuldade em reter a urina, sintomas de início agudo. O fato do paciente negar a presença de lombalgia e febre, sugere uma cistite. A presença de um bom estado geral, sem alteração do apetite e do nível de consciência também falam a favor desse diagnóstico. Um pielonefrite aguda seria responsável por febre, dor lombar, alteração do sensorio (um estado confusional agudo), que esse paciente não apresenta.

Outra discussão é a respeito dos sintomas urinários, sem relação com a atual sintomatologia: diminuição da força do jato urinário, dificuldade em iniciar o ato da micção, a interrupção do jato urinário durante a micção e a presença de resíduo pós-miccional sugerem uma obstrução urinária baixa. As hipóteses de um adenocarcinoma de próstata ou de uma hiperplasia prostática benigna são plausíveis, não sendo possível diferenciá-las exceto pelo exame clínico específico, o toque retal, que pela presença de nódulos e pela observação da consistência da



próstata, permite a diferenciação em adenocarcinoma ou adenoma, além do uso de exame laboratorial, a dosagem do antígeno prostático específico.

Há ainda o déficit cognitivo relatado, que pelas características clínicas e progressão, sugerem doença de Alzheimer. Justifica esse diagnóstico a presença de um déficit de memória para fatos recentes, as alterações comportamentais com acentuação da libido e a dificuldade em realizar atividades previamente aprendidas. A hipótese de uma demência vascular pode ser levada em consideração pelos antecedentes pessoais de hipertensão arterial e diabetes mellitus, entretanto, não há antecedentes de doença cérebro-vascular e ao exame físico não foi notado qualquer déficit motor. Também há o antecedente familiar da mãe que apresentou um déficit de memória e que seu falecimento deveu-se em situação de total dependência para as atividades básicas, o que é sugestivo de uma síndrome demencial.

Conclusão:

O que você aprendeu com esse caso?

O que ele trouxe de novidade para você?

Avaliação Teórica

Será realizada ao término do estágio e terá como temática os assuntos abordados nas tutorias e as discussões realizadas na enfermagem e no ambulatório do Serviço de Geriatria.