

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AJUSTADA À IDADE/FRAGILIDADE

PORQUE É IMPORTANTE?

As pessoas idosas recorrem cada vez mais ao Serviço de Urgência (SU), são mais doentes que os adultos mais jovens e têm um maior risco de resultados adversos, requerendo cuidados especiais de modo a evitar maior declínio.

A identificação de doentes de alto risco é mais difícil nos idosos, porque apresentam queixas inespecíficas (por ex: fraqueza ou quedas), e a interpretação dos sinais vitais é dificultada pelas alterações fisiológicas, comorbilidades e polimedicação. São frequentemente subtriados pelos sistemas de triagem habitualmente usados, e as ferramentas clássicas de estratificação de risco (como o MEWS) têm reduzida capacidade preditiva nos doentes mais velhos.

Se a vulnerabilidade for reconhecida precocemente, a ressuscitação for atempada, e as intervenções direcionadas para otimizar os cuidados prestados, o risco de resultados adversos pode ser reduzido, aumentando a consciencialização entre os profissionais do SU da necessidade de valorizar as preferências dos doentes na sua abordagem.

QUAIS SÃO OS RISCOS QUE DEVEMOS ESTRATIFICAR?

Curto prazo: Compromisso cognitivo (incluindo delirium), mortalidade hospitalar, readmissões não planeadas e evitáveis, institucionalização em unidades de cuidados de longa duração.

Longo prazo: declínio funcional, institucionalização, mortalidade aos 3 e 12 meses.

COMO IDENTIFICAR OS IDOSOS COM ELEVADO RISCO DE EFEITOS ADVERSOS?

A avaliação habitual (ABCDE) também se aplica aos idosos, desde que sejam consideradas as alterações fisiológicas bem como as comorbilidades e a polimedicação, que afetam a interpretação dos parâmetros vitais.

Ferramentas de triagem de fragilidade e/ou compromisso cognitivo e/ou delirium apropriadas para uso no Serviço de Urgência (SU): APOP, 6-CIT, 4-AT, Clinical Frailty Scale (CFS). Consulte ainda a documentação sobre a Avaliação Geriátrica Global (CGA) e Delirium.

O QUE PODEMOS FAZER?

1. Sistemas de triagem: considerar a inclusão de uma escala de mobilidade e/ou fragilidade (como o Clinical Frailty Scale) no sistema de triagem.
2. Considere a queixa principal: queixas inespecíficas (mal estar geral) estão associadas a elevada mortalidade intra-hospitalar.
3. Faça uma avaliação primária (ABCDE). **Contudo considere:**



Interpretação dos sinais vitais:

Verifique os valores basais de cada doente e monitore as tendências. Se os valores basais individuais do doente não estiverem disponíveis:



Pressão arterial sistólica:

Em média, quando abaixo de 120 (na sépsis), ou 110 mmHg (no trauma) deve ser considerada anormal até prova em contrário.



Frequência cardíaca:

Em média, a frequência cardíaca abaixo de 50 ou acima de 100 bpm está associada a maior mortalidade intra-hospitalar e deve ser considerada anormal.



Temperatura:

Temperatura normal ou baixa está associada a maior mortalidade, em doentes com suspeita de infeção/sepsis.



Atenção a Sinais clínicos de falência de órgão:

Aumento da frequência respiratória, tempo de preenchimento capilar prolongado, má circulação periférica ou baixo débito urinário, estado mental alterado (veja abaixo):

4. Avalie a fragilidade, compromisso cognitivo, delirium (e use em conjunto com as recomendações 1 e 2).
5. Avalie a situação social e o estado funcional bem como o seu impacto antes da alta hospitalar.

FERRAMENTAS

Ferramentas de triagem ou de estratificação de risco que potencialmente melhoram a estratificação do risco, através da inclusão de medidas de fragilidade, ou ferramentas especificamente desenvolvidas para doentes idosos no SU: **RIGAMA score, CAM-ICU, 4-AT, APOP, CFS, 6-CIT e InterRAI ED Assessment System.**

Todas as ferramentas e informação adicional estão disponíveis através do QR code.



REFERÊNCIAS

Todas as referências relevantes estão disponíveis através do QR code.

