

Preditores de *Outcome* em Idosos Internados em Medicina Interna

Outcome Predictors in Elderly Patients Admitted to Internal Medicine

Joana Correia Lopes¹ , Mário Amaro¹ , Manuel Teixeira Veríssimo² 

Resumo:

Introdução: O envelhecimento é um fenómeno global, com grandes implicações nos serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar os preditores de resultado dos idosos internados em Medicina Interna (MI).

Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e longitudinal. Analisados os registos clínicos dos doentes com idade igual ou superior a 65 anos internados no serviço de MI do Hospital Garcia de Orta (HGO) no ano de 2019.

Resultados: Em 2019 foram internados 2841 doentes no serviço de MI do HGO. Destes, 532 (18,7%) tinham idade inferior a 65 anos e 2309 (81,3%) tinham idade igual ou superior a 65 anos. Foram incluídos 2133 doentes, com uma média de idades de $80,0 \pm 7,8$ anos, o sexo feminino representou 54,7% da amostra. O número médio de comorbilidades por doente foi de $6,1 \pm 2,8$, sendo que 54,8% dos idosos apresentava algum grau de fragilidade. Doentes com fragilidade, tiveram maior risco relativo de morte no internamento (RR = 3,1) e no pós-alta (RR = 2), mantendo-se estas associações após ajustamento para fatores de confundimento.

Conclusão: A população tratada num serviço de MI é maioritariamente idosa, com graus variáveis de multimorbilidade e fragilidade. A fragilidade parece ser um preditor major de reinternamento e óbito nesta população. Perante a heterogeneidade desta faixa etária, é necessária uma avaliação multidimensional e planos de cuidados. É urgente uma adaptação dos serviços de MI ao cuidado do doente idoso, com investimento em cuidados interdisciplinares focados na qualidade de vida. A formação em geriatria deve ser primordial.

Palavras-chave: Fragilidade; Hospitalização; Idoso; Medicina Interna; Multimorbilidade.

Abstract:

Introduction: Population aging is a global phenomenon, with implications in health services. The present study aims to analyse outcome predictors in elderly patients admitted to the internal medicine (IM) service.

Methods: Observational, retrospective, longitudinal study.

Medical records of patients 65 or more years old admitted to the IM service of Hospital Garcia de Orta (HGO), Portugal, in the year 2019 were analysed.

Results: In 2019 the HGO's IM service admitted 2841 patients: 532 (18.7%) were less than 65 years old and 2309 (81.3%) were 65 years old or older. In the statistical analyses 2133 patients were included, with a mean age of 80.0 ± 7.8 years. Female gender represented 54.7% of the sample size. Mean number of comorbidities per patient was 6.1 ± 2.8 , and 54.8% were considered frail. Frail patients were at higher risk of death in hospital (RR = 3.1) and after discharge (RR = 2), even after adjustment for confounders.

Conclusion: The population admitted to IM services is mainly elderly with variable degrees of multimorbidity and frailty. frailty seems to be a major predictor of readmission and death in this population. Given the heterogeneity of this age group, multidimensional evaluations and individualized care plans are mandatory.

It is urgent that Portuguese IM services adapt to the care of elderly patients, with a strong investment in interdisciplinary care focused on quality of life. Education in geriatric medicine should be a priority to IM teams.

Keywords: Aged; Frailty; Hospitalization; Internal Medicine; Multimorbidity.

Introdução

Mundialmente o número de idosos está a aumentar mais depressa que o número de pessoas em qualquer outra faixa etária. Portugal é o quarto país mais envelhecido do mundo e, de acordo com as projeções, manter-se-á na lista dos países mais envelhecidos do mundo pelo menos até 2050.¹ O índice de envelhecimento em Portugal era já de 167 idosos por cada 100 jovens em 2020, estimando-se que atingirá os 300 idosos por cada 100 jovens em 2080.²

Esta mudança demográfica acarreta um impacto significativo na tipologia de doentes internados nos serviços hospitalares. Estudos anteriores mostraram que atualmente os doentes internados nos serviços de Medicina Interna são idosos e muito idosos, com elevado grau de complexidade, sofrendo de multimorbilidade e polifarmácia, o que deve conduzir a uma reflexão profunda sobre o modelo clássico de organização dos serviços e de prestação de cuidados.^{3,4} Ao estudar as características dos doentes idosos internados num Serviço de Medicina Interna e os seus determinantes

¹Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

²Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<https://doi.org/10.24950/rspmi.1515>

de *outcome*, pretendemos com este trabalho contribuir para esta mudança urgente de paradigma.

Material e Métodos

O presente estudo teve um desenho observacional, retrospectivo e longitudinal.

Tratou-se de uma amostra de conveniência, dos doentes com idade igual ou superior a 65 anos internados no Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta no ano de 2019.

Os critérios de inclusão foram:

- 1) Idade igual ou superior a 65 anos;
- 2) Internamento no Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta no ano de 2019.

Os critérios de exclusão foram:

- 1) Internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária;
- 2) Internamento na Unidade de Cuidados Intermédios;
- 3) Internamento na Unidade de Cuidados Intensivos;
- 4) Óbito antes da primeira observação pela equipa médica do serviço de Medicina Interna;
- 5) Internamento sob responsabilidade de outra especialidade que não a Medicina Interna;
- 6) Outros motivos.

O estudo teve por objetivo compreender que fatores podem influenciar o *outcome* de idosos internados em serviços de Medicina Interna. Para tal, foram consideradas 3 variáveis de *outcome*: “óbito no internamento”, “reinternamento” e “óbito após a alta” (variáveis categóricas dicotómicas). Estas variáveis de *outcome* foram cruzadas com variáveis independentes potencialmente preditoras do mesmo: idade, género (feminino/masculino), local de residência (estrutura residencial para idosos/domicílio), dependência para as atividades de vida diária (AVD's) básicas (independência se 6 pontos na Escala de Katz / dependência se 0 a 5 pontos na Escala de Katz), fragilidade (sem fragilidade se 1-4 pontos na Escala de Fragilidade Clínica (EFC) / fragilidade se 5-9 pontos na EFC), demora mediana, número de diagnósticos do internamento, número de comorbilidades, índice de Charlson e CIRS-G.

Para a caracterização da amostra foram utilizadas variáveis sociodemográficas (género, idade, local de residência), fragilidade (medida pela Escala de Fragilidade Clínica⁵), dependência para as atividades de vida diária básicas (medida pela Escala de Katz⁶), número de consultas hospitalares em que foi acompanhado no ano precedente (de qualquer especialidade), número de visitas ao serviço de urgência no ano precedente, número de internamentos no ano precedente (de qualquer especialidade), dados do internamento em estudo (demora mediana, protelamento de alta por motivos sociais, resultado do internamento, diagnósticos do

internamento, número de diagnósticos do internamento), comorbilidades (hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, diabetes *mellitus*, fibrilhação/flutter auricular, cardiopatia valvular, cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica (DAP), doença cerebrovascular, tromboembolismo pulmonar (TEP), doença pulmonar, doença da tiroide, doença renal crónica, doença de Parkinson, síndrome depressiva, síndrome demencial, úlceras de pressão, anemia, quedas com significado clínico, osteoartrose, úlcera péptica, doença hepática crónica, doença neoplásica e VIH), prognóstico (medido pelo índice de Charlson⁷), carga de comorbilidade (medido pelo índice de CIRS-G⁸), número total de comorbilidades, número total de fármacos tomados diariamente, dados pós-alta (óbito após a alta, data de óbito, reinternamento no ano seguinte à alta, data de reinternamento, motivo de reinternamento).

A recolha de dados foi realizada através de consulta do processo clínico eletrónico. A pontuação na Escala de Fragilidade Clínica (EFC) e na Escala de Katz foram extrapoladas a partir dos registos médicos e de enfermagem.

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis de interesse. A distribuição normal das variáveis contínuas foi verificada pelo método de achatamento e curtose. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas em médias e desvio-padrão e comparadas com as variáveis categóricas usando o teste T de *Student*, uma vez confirmada a homogeneidade de variâncias entre grupos através do teste de Levene (amostras independentes). Variáveis contínuas sem distribuição normal foram expressas em mediana e amplitude inter-quartilica e comparadas com variáveis categóricas através do teste de Mann-Whitney (amostras independentes). Variáveis categóricas foram expressas em frequências, comparadas utilizando o teste qui-quadrado (categorias independentes e mutuamente exclusivas, com <20% das células com contagem esperada <5), e calculados riscos relativos. Foi aplicada uma regressão logística binária para cada uma das variáveis dependentes (óbito no internamento, reinternamento e óbito após a alta). As variáveis independentes consideradas foram o género, idade, local de residência, dependência para as AVD's básicas, fragilidade, demora mediana, número de diagnósticos do internamento, número de comorbilidades, índice de Charlson e CIRS-G (selecionadas as que se mostraram significativas na análise bivariada). Asseguraram-se as suposições: observações independentes, com as categorias da variável dependente e das variáveis independentes mutuamente exclusivas; existência de uma relação linear entre as variáveis independentes contínuas e a transformação *logit* da variável dependente (procedimento de Box-Tidwell); inexistência de multicolinearidade substancial (considerou-se um valor de *variance inflation factors* <5). Para avaliar a adequação e capacidade de discriminação dos modelos de regressão logística, foram utilizados os testes Hosmer-Lemeshow e estudo da área sob

a curva ROC (AUROC) com intervalos de confiança de 95%. O nível de significância estatística foi definido como $p = 0,05$. A análise estatística foi realizada através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 26.

O presente estudo é uma subanálise dos dados recolhidos no âmbito da tese de Mestrado em Geriatria intitulada "Perfis e necessidades dos idosos internados num serviço de Medicina Interna".⁹ Outras subanálises foram apresentadas em congressos.

O protocolo de estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta e pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A recolha de dados decorreu entre dezembro 2020 e julho 2021.

Resultados

No ano de 2019 foram internados 2841 doentes no serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta. Destes, 532 (18,7%) tinham idade inferior a 65 anos e 2309 (81,3%) tinham idade igual ou superior a 65 anos. Dos 2309 doentes com idade igual ou superior a 65 anos, 2133 cumpriam todos os critérios de inclusão e nenhum critério de exclusão, sendo excluídos 176 doentes (68 internados na unidade de hospitalização domiciliária, 18 internados na unidade de cuidados intermédios, 10 internados na unidade de cuidados intensivos, 28 falecidos antes da primeira observação pelos médicos do serviço, 38 internados ao cuidado de outras especialidade, 4 sem informação no processo clínico, 7 internamentos por motivos sociais apenas e 3 internamentos eletivos com duração <24 horas).

Dados sociodemográficos, estado funcional prévio e comorbilidades

A média de idades dos doentes incluídos foi de 80,0 ± 7,8 anos, tendo o doente mais idoso 105 anos. O sexo feminino representou 54,7% da amostra. A maioria dos doentes (81,8%) residia no domicílio, 46,6% eram totalmente independentes para as AVD's básicas e 54,8% apresentavam algum grau de fragilidade (Tabela 1).

Os idosos internados tinham uma média de 6,1 ± 2,8 comorbilidades e tomavam em média 7,4 ± 3,7 fármacos diariamente. As comorbilidades analisadas, por ordem decrescente de frequência, foram: hipertensão arterial (85,1%), dislipidemia (60,8%), insuficiência cardíaca (47,5%), anemia (45,1%), diabetes *mellitus* (36,6%), fibrilhação/*flutter* auricular (35,7%), doença cerebrovascular (33%), quedas com significado clínico (27,4%), síndrome depressiva (26,2%), síndrome demencial (24,1%), doença pulmonar (23,6%), osteoartrose (22,9%), doença renal crónica (19,1%), cardiopatia isquémica (17,9%), úlceras de pressão (16%), obesidade (15,9%), cardiopatia valvular (13,7%), doença neoplásica (11,5%), doença da tiroide (10%), DAP (9,2%), TEP (8,2%), doença de Parkinson (4,8%), doença hepática crónica (2,4%), úlcera péptica (1,4%), VIH (0,2%). Quando à utilização de recursos

Tabela 1: Dados sociodemográficos e *status* funcional prévio, n = 2133.

Idade (anos) – média ± desvio padrão	80,0 ± 7,8
Género – n (%)	
Masculino	967 (45,3)
Feminino	1166 (54,7)
Local de residência – n (%)	
ERPI	375 (17,6)
Domicílio	1745 (81,8)
Desconhecido	13 (0,6)
Fragilidade* – n° (%)	
Muito robusto a vulnerável	0953 (44,7)
Fragilidade ligeira a moderada	548 (25,7)
Fragilidade grave e muito grave	620 (29,1)
Desconhecido	12 (0,6)
Dependência para as AVD's † – n° (%)	
Dependência grave a total	619 (29)
Dependência ligeira a moderada	509 (23,9)
Independência	993 (46,6)
Desconhecido	12 (0,6)

ERPI – estrutura residencial para idosos; AVD's – atividades de vida diária.
* Escala de Fragilidade Clínica: muito robusto a vulnerável (1-4 pontos) fragilidade ligeira a moderada (5-6 pontos), fragilidade grave e muito grave (7-9 pontos)

hospitalares no ano precedente, verificou-se uma mediana de 1 consulta, 1 vinda ao serviço de urgência e 0 internamentos.

Dados do internamento

Os internamentos tiveram uma demora mediana de 11 [1-21] dias, sendo abordados em mediana 4 [1-7] problemas ativos.

Os diagnósticos de internamento mais frequentes foram: lesão renal aguda/doença renal crónica agudizada (n = 770), infeções respiratórias (n = 611), insuficiência cardíaca descompensada (n = 685), distúrbios iónicos (n = 491), insuficiência respiratória parcial (n = 466), fibrilhação/*flutter* auricular (n = 368), cistite (n = 365), AVC isquémico/AIT (n = 358), anemia (n = 351), insuficiência respiratória global (n = 263), desidratação (n = 148), derrame pleural (n = 129), hemorragia digestiva (n = 113), DPOC agudizada (n = 103), distúrbios ácido-base (n = 101) Fig. 1). Das causas iatrogénicas, as mais frequentes foram um INR supratrapêutico em doentes a tomar varfarina (n = 46) e a hiponatremia associada a fármacos (n = 31). As úlceras de pressão foram diagnóstico de internamento em 80 doentes.

No decorrer do internamento verificou-se o óbito de 304 doentes (14,3%). As infeções respiratórias e urinárias, foram a causa de óbito mais frequente (142 doentes, 46,7% dos óbitos), seguida da doença cerebrovascular (57 doentes, 18,8% dos óbitos) e da doença crónica (44 doentes, 14,5% dos óbitos, destaque para a insuficiência cardíaca). O índice de Charlson médio dos doentes internados foi de 6,1 ± 2,0, correspondendo a uma probabilidade de sobrevivência a 10 anos de 2%.

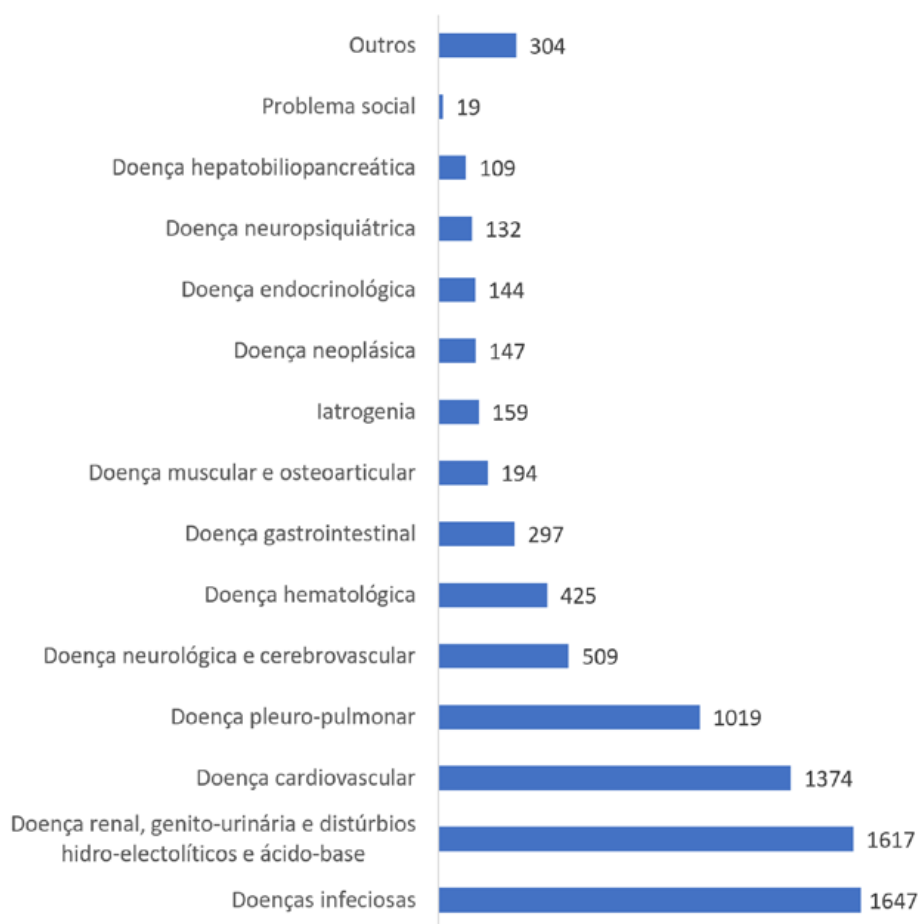


Figura 1: principais grupos de diagnósticos de internamento, em número absoluto. Foram considerados até 8 diagnósticos por doente.

Dados após a alta do internamento

Tiveram alta do internamento 1829 (85,7%) doentes. O protelamento de alta por motivos sociais ocorreu em 313 (14,7%) doentes.

No ano seguinte ao internamento inicial, verificou-se o reinternamento de 674 doentes (36,9% dos doentes com alta). O reinternamento ocorreu em mediana 72 [0-217] dias após a data de internamento inicial, por motivos diferentes do primeiro internamento em 392 doentes e por motivos semelhantes ao primeiro internamento em 282 doentes.

Os diagnósticos que mais frequentemente causaram reinternamentos foram as infeções respiratórias (89 doentes, 31,7%) e a insuficiência cardíaca descompensada (58 doentes, 20,6%).

No ano seguinte à alta, 632 doentes faleceram, em mediana 135 [0-431] dias após a alta. O motivo de óbito destes doentes não foi analisado.

Variáveis predictoras de *outcome*

Os doentes que faleceram no internamento eram mais idosos, mais frágeis e dependentes, com maior carga de comorbilidade (CIRS-G) e pior prognóstico (índice Charlson). O mesmo

se verificou para os óbitos após o internamento (Tabela 2).

A idade, a carga de comorbilidade, dependência para as AVD's e residência em ERPI não parecem ter influência nos *outcomes* estudados, após aplicação do modelo de ajustamento. Já a fragilidade, destacou-se como preditor dos 3 *outcomes* em estudo, mantendo significância estatística nos modelos de ajustamento: doentes com algum grau de fragilidade (pontuação igual ou superior a 5 na escala de fragilidade clínica), tiveram maior risco relativo de morte no internamento (RR = 3,1) e no pós-alta (RR = 2), apresentando OR ajustados de 2,19 (óbito no internamento) e 2,04 (óbito após o internamento).

O índice de Charlson também se associou aos 3 *outcomes*, com OR a variar entre 1,10 e 1,33. O género masculino associou-se a reinternamentos e óbito após a alta, mesmo ajustando para os restantes fatores.

Apenas o modelo de regressão logística para o *outcome* "reinternamento" mostrou problemas de adequação (teste de Hosmer-Lemeshow $p = 0,04$) e capacidade discriminativa (AUROC 0,64 (0,62-0,67)). Os modelos para os *outcomes* "óbito no internamento" e "óbitos após a alta" parecem ter uma capacidade discriminativa aceitável com uma AUROC 0,69 (0,66-0,72) e AUROC 0,73 (0,70-0,75) respetivamente.

Tabela 2: Análise de possíveis preditores de *outcome*, n = 2133.

	Óbito no internamento				Reinternamento				Óbito após alta			
	Sim n=304	Não n=1829	p value	OR ajustado (IC 95%)	Sim n=674	Não n=1155	p value	OR ajustado (IC 95%)	Sim n=632	Não n=1197	p value	OR ajustado (IC 95%)
Idade - média ± DP	84,0 ±7,6	80,5 ±7,7	<0,001	‡	80,5 ±7,7	80,5 ±7,7	0,869		81,8 ±7,5	79,8 ±7,7	<0,001	1,00 (0,98-1,02)
Índice de Charlson - média ± DP	6,8 ±2,1	6,0 ±2,0	<0,001	1,11 (1,03-1,19)	6,5 ±2,0	5,7±1,9	<0,001	1,10 (1,04-1,17)	6,8 ±2,1	5,6 ±1,8	<0,001	1,00 (0,98-1,02)
CIRS-G - média ± DP	16,8 ±5,0	14,2 ±5,2	<0,001	1,03 (1,00-1,07)	15,4 ±5,1	13,4 ±5,1	<0,001	1,03 (0,99-1,06)	16,4 ±4,9	13,0 ±5,0	<0,001	1,00 (0,98-1,02)
Nº de comorbilidades - média ± DP	6,1±2,7	6,1±2,9	0,860		6,9±3,0	5,7±2,7	<0,001	1,10 (1,05-1,14)	6,7 ±3,0	5,9 ±2,8	<0,001	1,00 (0,96-1,04)
Nº de diagnósticos - mediana (AIQ)	4 (3)	4 (3)	<0,001	‡	4 (2)	3 (3)	<0,001	‡	4 (3)	3 (3)	<0,001	1,04 (0,98-1,09)
Demora mediana - mediana (AIQ)	11 (10)	11 (10)	0,018	‡	12 (10)	11 (10)	0,217		13 (12)	11 (8)	<0,001	1,02 (1,01-1,03)
Género – n (%)												
Feminino	153 (13,1)	1013 (86,9)	0,101		348 (34,3)	665 (65,6)	0,014	0,80 (0,65-0,98)	326 (32,2)	687 (67,8)	0,017	0,70 (0,56-0,87)
Masculino	151 (15,6)	816 (84,4)			326 (40,0)	490 (60,0)			306 (37,5)	510 (62,5)		
Local de residência – n (%)												
ERPI	80 (21,3)	295 (78,7)	<0,001	1,03 (0,76-1,41)	124 (42,9)	171 (58,0)	0,049	1,06 (0,79-1,42)	136 (46,1)	159 (53,9)	<0,001	1,03 (0,77-1,37)
Domicílio	222 (12,7)	1523 (87,3)			548 (36,0)	975 (64,0)			494 (32,4)	1029 (67,6)		
Fragilidade* – n (%)												
Com fragilidade	238 (20,4)	930 (79,6)	<0,001	2,19 (1,33-3,60)	380 (40,9)	550 (59,1)	<0,001	1,45 (1,01-2,07)	428 (46,0)	502 (54,0)	<0,001	2,04 (1,40-2,98)
Sem fragilidade	62 (6,5)	891 (93,5)			292 (32,8)	599 (67,2)			202 (22,7)	689 (77,3)		
Dependência para AVD's † – n (%)												
Dependência	230 (20,4)	898 (79,6)	<0,001	1,42 (0,87-2,32)	359 (40,0)	539 (60)	0,007	0,75 (0,52-1,09)	411 (45,8)	487 (54,2)	<0,001	1,41 (0,96-2,05)
Independência	70 (7)	923 (93)			313 (33,9)	610 (66,1)			219 (23,7)	704 (76,3)		

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; AVD's – atividades de vida diária; OR – Odds Ratio; IC – intervalo de confiança.* Escala de Fragilidade Clínica: sem fragilidade (1-4 pontos), com fragilidade (5-9 pontos)

† Escala de Katz: independência (6 pontos), dependência (0-5 pontos)

‡ variáveis não utilizadas no modelo de regressão logística por não se verificar a existência de uma relação linear entre as variáveis independentes contínuas e a transformação logit da variável dependente.

Discussão

Os doentes internados no serviço de Medicina Interna são muito idosos e complexos, sofrendo de multimorbilidade, polifarmácia e graus variáveis de funcionalidade e fragilidade.

Verificou-se uma desproporção marcada entre o número de internamentos de doentes com idade igual ou superior a 65 anos (2309 doentes) e o número de doentes com idade inferior a 65 anos (532 doentes). Estes resultados estão de acordo com o que já tinha sido demonstrado previamente em outros serviços de Medicina Interna nacionais,^{3,4} consolidando a hipótese de generalização dos resultados obtidos.

A heterogeneidade do grupo dos idosos é algo que não é visto noutras faixas etárias.

Como exemplo, para os mesmos 70 anos, num extremo do espectro temos idosos robustos, independentes para as AVD's, física e cognitivamente ativos, e no outro extremo temos idosos com multimorbilidade, fragilidade grave, totalmente dependentes para as AVD's e sem vida de relação. Entre estes dois extremos do espectro existe toda uma variabilidade individual de comorbilidade, funcionalidade e fragilidade que requer cuidados e seguimentos diferenciados. O presente estudo reforça a necessidade de fazer uma avaliação sistematizada de fragilidade a todos os doentes idosos internados em Medicina Interna, uma vez que esta variável mostra uma associação forte com reinternamentos e óbito no internamento e no pós-alta. A Avaliação Geriátrica Global é o método ideal para fazer esta avaliação holística,¹⁰ permitindo a elaboração de um plano



Figura 2: Equipa interdisciplinar de Geriatria. São apresentados alguns exemplos das funções que cada especialidade pode ter na equipa.

de cuidados individualizado que estabelece objetivos realistas para o indivíduo, tem em conta as suas preferências e prioriza a sua qualidade de vida. Torna-se evidente que numa população com uma elevada prevalência de incapacidade e fragilidade, uma equipa interdisciplinar com formação em geriatria e cuidados paliativos é essencial (Fig. 2). A equipa hospitalar deve manter uma estreita relação com a equipa comunitária para que a transição de cuidados seja eficaz, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Alguns diagnósticos de internamento foram particularmente prevalentes nesta população com destaque para as infeções respiratória e urinária, as doenças crónicas agudizadas e a doença cerebrovascular. Foram também estes os principais

motivos de óbito no internamento. As infeções respiratórias e as doenças crónicas foram motivo frequente de reinternamento, o que deve levar a uma reflexão sobre medidas de prevenção de reinternamento nos doentes com estes diagnósticos (Figs. 3 e 4).

Este estudo tem várias limitações, nomeadamente o seu desenho retrospectivo e unicêntrico. A colheita de dados foi limitada pela fragmentação de registos (apenas foi possível considerar óbitos e reinternamentos ocorridos no Hospital Garcia de Orta) e pela informação registada que é muitas vezes parca (Escala de Fragilidade Clínica e Escala de Katz foram inferidas e não aplicadas diretamente aquando do internamento).

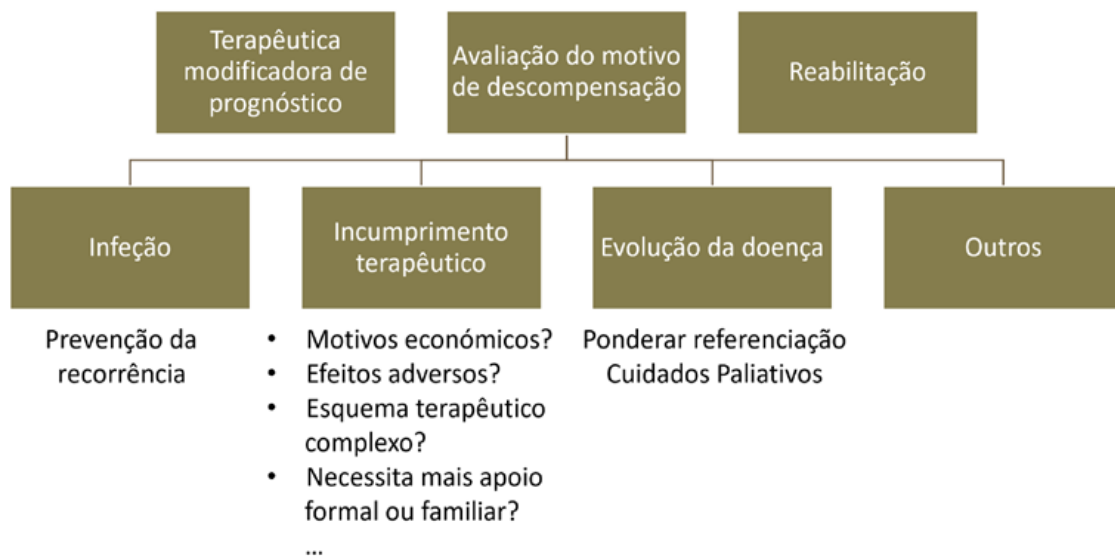


Figura 3: Proposta de abordagem do doente internado por doença crónica agudizada.

Medidas de prevenção da pneumonia

- Higiene oral;
- Rastreio de disfagia;
- Posicionamento correto durante a alimentação;
- Revisão da medicação;
- Fisioterapia: reforço muscular e promoção da tosse eficaz;
- Apoio nutricional para adaptação da dieta em caso de disfagia;
- Mobilização precoce no internamento;
- Vacinação antipneumocócica, gripe sazonal e SARS-CoV-2 .

Figura 4: Medidas de prevenção de recorrência de infecção respiratória.¹¹⁻¹⁵

Também quanto aos resultados, só foram analisados óbitos e reinternamentos, mas variáveis como incapacidade, fragilidade e qualidade de vida após o internamento seriam tão ou mais importantes de analisar. O desenho longitudinal, com uma amostra de grandes dimensões são pontos fortes do presente estudo, indo de encontro ao seu objetivo de sensibilizar para a urgência da mudança de paradigma nos Serviços de Medicina Interna. A replicação do estudo noutros serviços permitiria a confirmação dos seus resultados e conclusões.

Conclusão

A melhoria das condições de vida e os avanços da medicina permitiram o aumento da esperança média de vida a que se tem assistido nas últimas décadas. A Medicina Interna não pode ficar alheia a esta alteração sociodemográfica, uma vez que atualmente os idosos são os principais destinatários dos seus cuidados, sofrendo de multimorbilidade e diferentes graus de fragilidade. No entanto os nossos serviços não estão a evoluir ao mesmo ritmo que esta mudança populacional, e como tal o nosso sistema de saúde atual é ainda fragmentado, focado na cura e sem a adequada articulação com o sistema social.

Sabemos que no cuidado da pessoa idosa não pode ser tido em conta apenas o binómio saúde/doença mas também aspetos como a fragilidade, funcionalidade, resiliência, reserva fisiológica, entre outros, o que torna essencial o cuidado multidimensional e multidisciplinar. Necessitamos de adaptar os nossos serviços de Medicina Interna à população que tratamos, com adequação das infraestruturas e protocolos de atuação, bem como formação e sensibilização das equipas para as particularidades do cuidado dos mais idosos. ■

Declaração de Contribuição

JCL – Desenho do estudo, redação do artigo, colheita e análise de dados

MA – Desenho do estudo, revisão e aprovação final do artigo

MTV – Supervisão do estudo

Todos os autores aprovaram a versão final a ser submetida.

Contributorship Statement

JCL – Study design, article writing, data collection and analysis

MA – Study design, review and final approval of the article

MTV – Supervision of the study

All authors approved the final draft.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2013 e da Associação Médica Mundial.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2013).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.
© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2023. Re-use permitted under CC BY- commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Joana Correia Lopes – lopes.joana@campus.ul.pt
Serviço de Medicina Interna, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal
Av. Torrado da Silva, 2805-267 Almada

Recebido / Received: 2023/01/12

Aceite / Accepted: 2023/03/08

Publicado / Published: 2023/06/30

REFERÊNCIAS

1. United Nations. World Population Ageing 2019. [consultado Jan 2022] Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
2. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2020. Lisboa: INE; 2021.
3. Temido H, Parente F, Vieira Borba V, Santos L, de Carvalho A. Internamento em Medicina Interna: Evolução em 20 Anos num Hospital Universitário. *Med Interna*. 2018;25:.
4. Sousa L, Oliveira AI, Marques AR, Mendes M, Morais J, Cardoso R, et al. Avaliação Geriátrica Global em Medicina Interna: Um Modelo Mais Adequado na Avaliação dos Doentes Idosos Internados. *Med Interna*. 2019;26:40–6.
5. Pinto MP, Martins S, Mesquita E, Fernandes L. European Portuguese Version of the Clinical Frailty Scale: Translation, Cultural Adaptation and Validation Study. *Acta Médica Port*. 2021;34 :749-60.doi: 10.20344/amp.14543.
6. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963;185:914–9.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373–83.
8. Miller MD, Towers A. A manual of guidelines for scoring the cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G). Pittsburgh: University of Pittsburgh, School of Medicine, Department of Geriatric Psychiatry; 1991.
9. Lopes JCO. Perfis e necessidades dos doentes idosos internados num serviço de Medicina Interna [Tese de Mestrado em Geriatria]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2021. [consultado Jan 2022] Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/98763>
10. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Avaliação Geriátrica. SPMI. [consultado Jan 2022] Disponível em: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
11. Chebib N, Cuvelier C, Malézieux-Picard A, Parent T, Roux X, Fassier T, et al. Pneumonia prevention in the elderly patients: the other sides. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33:1091–100. doi: 10.1007/s40520-019-01437-7.
12. Ishifuji T, Sando E, Kaneko N, Suzuki M, Kilgore PE, Ariyoshi K, et al. Recurrent pneumonia among Japanese adults: disease burden and risk factors. *BMC Pulm Med*. 2017;17:12. doi: 10.1186/s12890-016-0359-1.
13. Stolbrink M, McGowan L, Saman H, Nguyen T, Knightly R, Sharpe J, et al. The Early Mobility Bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of hospital stay. *J Hosp Infect*. 2014;88:34–9. doi: 10.1016/j.jhin.2014.05.006.
14. Løkke A, Dongo LC, Aksglæde KB, Hilberg O. Asymptomatic dysphagia causing recurrent aspiration pneumonia. *BMJ Case Rep*. 2018;bcr-2018-224370. doi: 10.1136/bcr-2018-224370.
15. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Recomendações clínicas para a vacinação da população idosa em Portugal [consultado Jan 2022] Disponível em: <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/11/Folheto-Valentim-2021-1.pdf>