

Revista

SINAIS VITAIS

Nº 52 - JANEIRO DE 2004 | PREÇO 6,25 EUROS | ISSN: 0872-8844

EDITORIAL

ACTUALIDADES

ENTREVISTA

• Prof. Doutor Meliço-Silvestre

ESPECIAL

• Cuidados de Enfermagem ao Doente com Pancreatite Aguda

ESPECIAL

- A Informação aos Familiares e Acompanhantes
- Radioterapia em Utentes de ORL
- Atipia das Pneumonias nos Idosos
- Adesão dos Doentes Hipertensos à Terapêutica Farmacológica
- Educação Para a Saúde a Realizar à Pessoa com Diabetes Mellitus
- Locais e Vias de Administração das Vacinas
- Atitude do Enf. Perante a Morte
- Síndrome de Hellp
- Recém-Nascido Prematuro
- Gestão de Conflitos



Porte Pago

Atipia das Pneumonias nos Idosos

■ Carlos Pires Magalhães
(Hospital Distrital de Bragança)



■ Adília M. Silva Fernandes
(Esc. Sup. de Enfermagem de Bragança)



■ Maria Esmeralda Barreira
(IPO – Porto)



PALAVRAS CHAVE

Pneumonia; Idosos; Envelhecimento.

RESUMO

As Pneumonias são muito frequentes na população idosa. Regra geral, nesse grupo etário, estas são difíceis de tratar e estão associadas a uma mortalidade mais elevada, relativamente às vítimas jovens. Atendendo ao processo natural do envelhecimento, no idoso com Pneumonia, os sintomas clássicos de tosse, dor torácica, produção de escarro e febre, podem não estar presentes. Tais aspectos, não poderão ser descorados, aquando da abordagem assistencial deste grupo etário, por parte do profissional de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Segundo Fernando (1995), no início do século XX, por volta dos anos 30, é realizado pela primeira vez um estudo epidemiológico que revela uma incidência de Pneumonia cinco vezes superior nos indivíduos na oitava década de vida, quando comparados com os da segunda década. Mais preocupante ainda era que este aumento se elevava para cem vezes na mortalidade.

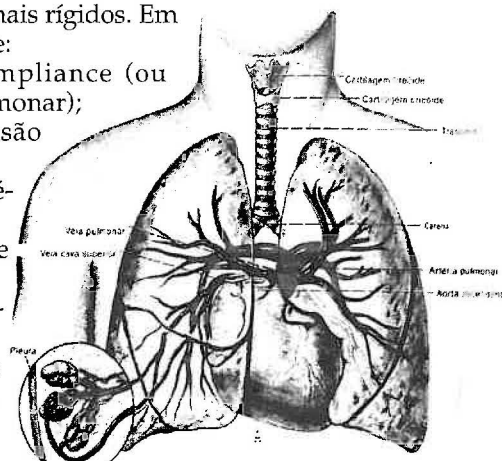
Em 2001, ficaram internados no Hospital Distrital de Bragança, 306 utentes com Pneumonia (como diagnóstico principal), destes 306 utentes, 171 pertenciam ao grupo etário ≥ 65 anos, tendo deste grupo falecido 18. Se analisarmos ao pormenor a sintomatologia que levaram estes idosos aos serviços hospitalares, verificamos que a maioria não apresentava sintomatologia típica de uma Pneumonia.

1 – REPERCUSSÃO DO ENVELHECIMENTO NO SISTEMA RESPIRATÓRIO

Segundo Berguer (1995) com o envelhecimento verifica-se uma diminuição da capacidade e da eficácia pulmonar. As principais modificações respiratórias resultam da perda de elasticidade e permeabilidade dos tecidos que envolvem os alvéolos e as condutas alveolares. Diminui o número de bronquíolos e de alvéolos. Surge uma calcificação das cartilagens costais.

Os pulmões tornam-se mais rígidos. Em termos funcionais verifica-se:

- Diminuição da compliance (ou distensibilidade pulmonar);
- Diminuição da difusão alveolocapilar;
- Diminuição do oxigénio tecidual;
- Aumento do volume residual;
- Diminuição da capacidade vital;
- Diminuição dos fluxos respiratórios máximos;
- Diminuição da ventilação máxima voluntária.



Com o passar dos anos, diminui a eficácia da tosse e surgem alterações ao nível do sistema mucociliar, diminui a produção de surfactante (que é uma mistura de moléculas lipoproteicas, produzidas pelas células secretoras do epitélio alveolar, responsáveis pela redução de tensão superficial, visando evitar o colapso alveolar). Estas alterações vão dificultar a capacidade de manutenção da esterilidade do tracto respiratório inferior.

Com o envelhecimento verificam-se também alterações ao nível do sistema imunitário, quer ao nível da imunidade humoral, quer ao nível da imunidade celular, em particular as respeitantes às alterações das imunoglobulinas das secreções, diminuído assim a eficácia de bloqueio à acção de agentes agressores (bactérias, vírus) que entraram por via aérea.

2 - DEFINIÇÃO



Segundo Brunner e Suddarth (1990) a Pneumonia é um processo inflamatório do parênquima pulmonar comumente causado por agentes infecciosos. Os agentes infectantes podem ser os mais variados, desde as bactérias, vírus, Mycoplasma sp., fungos, etc.

Muitas variáveis determinam a forma precisa de Pneumonia, derivando daí a sua classificação, tais como:

- Quanto ao agente etiológico específico (por exemplo: se o agente infectante é uma bactéria, a denominação quanto ao agente etiológico será Pneumonia bacteriana, mas se por sua vez foi identificado que a bactéria infectante específica é um estafilocóco, então a denominação será Pneumonia estafilocócica).
- Quanto à reacção do hospedeiro (exemplos: Pneumonia purulenta; Pneumonia fibrinosa, etc).
- Quanto à distribuição anatómica (exemplos: Pneumonia lobular - Broncopneumonia - implica que o processo pneumônico está distribuído de maneira difusa, tendo-se originado em uma ou mais áreas localizadas dentro dos brônquios e estendido ao parênquima adjacente; Pneumonia lobar - quando uma porção substancial de um ou mais lobos está envolvida).

Para Marques e Santos (1996) os agentes infectantes, ao atingirem o pulmão, podem originar uma situação de infecção por aspiração de secreções, por inalação ou por via hematogénea.

A aspiração das secreções das vias aéreas superiores colonizadas por diversos germes bacterianos, constitui a forma mais frequente de penetração destes agentes nas vias aéreas inferiores, atingindo preferencialmente os segmentos pulmonares inferiores e posteriores.

A inalação pode ser responsável pela aquisição de Pneumonias por vírus, por Mycoplasma e por algumas bactérias, em condições especiais.

Relativamente à via hematogénea, a disseminação dos germes faz-se a partir do foco infeccioso localizado fora do pulmão (via frequente nos doentes imunocomprometidos).

3 - FACTORES DE RISCO

Para Monteiro (1997), os factores de risco são um parâmetro importante a ter em consideração na génese de qualquer entidade nosológica. É obvio que as alterações anatomo-fisiológicas que se verificam no aparelho respiratório, bem como as que se verificam a nível imunológico, resultantes do envelhecimento (referidas anteriormente) não representam os únicos factores de risco para o aparecimento da Pneumonia no idoso, mas sim, fazem parte de um agrupamento de factores, como se pode observar no quadro nº1.

Quadro 1 - Factores de Risco

Alterações resultantes do envelhecimento;

- Doenças coexistentes;
- Deterioração do estado geral;
- Doenças e terapêuticas que aumentam o risco de aspiração.

Fonte: MONTEIRO, Filipe - Pneumonias - a mortalidade aumenta com os factores de risco "Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica". Lisboa: Prismédica, Abril 1997.

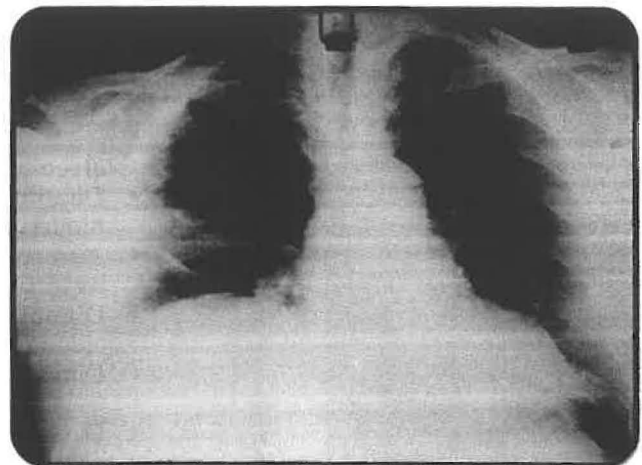
Certos autores consideram que as doenças coexistentes são o factor de risco, que quando associado a uma Pneumonia, mais aumenta a mortalidade.

Fazem também parte dos factores de risco, as doenças coexistentes, como por exemplo: doenças do foro cardíaco, o caso de uma insuficiência cardíaca esquerda, que pode conduzir ao edema pulmonar, diminuindo a eficácia da difusão do gás através da membrana respiratória; doenças neurológicas, que podem facilitar a aspiração de vômito; alterações broncopulmonares, como no caso da Bronquite Crónica; etc.

Por outro lado, ao serem portadores de doenças crónicas, os idosos estão muitas vezes polimedicados, sendo enorme a quantidade de medicamentos que são aconselhados a ingerir, desde anticolinérgicos, anti-ácidos, anti-inflamatórios, cardiotónicos, antihipertensores, antibióticos, etc. Muitos destes medicamentos, vão comprometer os mais variados mecanismos de defesa, como a diminuição da "clearance" mucociliar e a produção de surfactante (Monteiro, 1997).

4 - FISIOPATOLOGIA

O aparecimento de uma Pneumonia pode dever-se a uma alteração dos mecanismos de defesa, a um



microorganismo particularmente virulento, ou a uma situação que favoreça a inoculação. A Pneumonia surge quando um microorganismo virulento tem capacidade para se multiplicar nas vias aéreas inferiores. As defesas do hospedeiro são múltiplas e os microorganismos têm de vencer essas resistências para colonizarem as vias respiratórias inferiores. Os mecanismos protectores que mantêm a esterilidade abaixo da glote incluem a energia aerodinâmica, acção mucociliar, secreção de anticorpos, actividade fagocitária e resposta linfática. Deste modo, tomando em consideração o que foi dito acerca das alterações anatómo-fisiológicas que se verificam no aparelho respiratório, bem como as que se verificam a nível imunológico, que advêm do envelhecimento, tomando ainda em atenção tudo que se disse acerca dos restantes factores de risco (atendendo especialmente, à coexistência de doenças, isto é, ao efeito destas nos mecanismos de defesa), é fácil perceber como o aparelho respiratório dos idosos é colonizado com mais frequência por organismos potencialmente patogénicos que o dos jovens. A inflamação do tecido pulmonar que surge, conduz à acumulação de fluido nos alvéolos (edema pulmonar) e a má insuflação pulmonar, resultando daí, uma redução na área total de membrana respiratória disponível para as trocas gasosas e uma diminuição da relação ventilação-perfusão. Estas duas anormalidades diminuem a capacidade de difusão, o que resulta em hipoxémia (diminuição do oxigénio no sangue) e hipercapnia (aumento do dióxido de carbono no sangue). Pneumonias não tratadas podem resultar em falência respiratória e septicémia.

Há autores que consideram que as Pneumonias mais frequentes neste grupo etário, são as Pneumonias bacterianas (em que o *Streptococcus pneumoniae* é o agente infeccioso que causa a maioria dos casos de Pneumonia bacteriana) e as Pneumonias por aspiração (em que a Pneumonia hipóstática é um tipo de Pneumonia de aspiração frequente que se desenvolve no paciente idoso acamado, fraco demais para tossir eficientemente, permitindo assim que as secreções se acumulem no pulmão).

5 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS



Os sinais e sintomas clínicos dependem da virulência do agente invasor, da vulnerabilidade do hospedeiro e da extensão do comprometimento pulmonar, não se podem generalizar, muito menos em relação ao grupo etário dos idosos.

Filho e Netto (1998) alerta-nos para a atipia dos sinais e sintomas da Pneumonia nos idosos, quando comparada com o quadro clássico de Pneumonia no adulto jovem. Estes autores salientam-nos que a febre pode não surgir ou ser desproporcional à gravidade da infecção (tal deve-se à escassa reacção do idoso à infecção, por diminuição da eficácia do sistema imunológico). Num idoso a tosse é de difícil valorização, pois tende a ser confundida pela presença de bronquite crónica. A expectoração pode não se exteriorizar devido à debilidade da movimentação torácica. Contudo sabe-se que é de extrema importância estar-se

alerta para o aparecimento e despiste etiológico do aparecimento súbito de um estado confusional, próprio da Pneumonia, devido à queda de oxigenação cerebral. Nos idosos, também a astenia, a queda do estado geral inexplicado podem sugerir a existência de Pneumonia.

Ao exame físico, o paciente idoso pode não apresentar os verdadeiros sinais de Pneumonia, por causa da sua inabilidade em cooperar plenamente, que seria, respirando profundamente, expectorando ou tossindo, quando solicitado para tal.

Assim devido à atipia de sintomatologia, para o estabelecimento do diagnóstico de Pneumonia é fundamental o recurso aos meios complementares de diagnóstico, como o RX ao tórax, análises ao sangue, estudo laboratorial ao escarro.



6 - TRATAMENTO

Obviamente que a antibioterapia dirigida face ao microorganismo em questão é fundamental na abordagem terapêutica, contudo nos idosos também as medidas gerais de suporte e manutenção das funções vitais são muitas vezes prioritárias, pois permitem manter o idoso vivo, até que surja a certeza da etiologia da Pneumonia, de forma a se adequar o antibiótico.

7 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Seguidamente é aplicado o Processo de Enfermagem a um idoso que foi internado com o diagnóstico médico de Pneumonia.

Histórico de Enfermagem

O Sr. A.M de 81 anos, é um doente que habitualmente recorre aos serviços hospitalares por patologia reumática, desta vez foi trazido ao serviço de urgência por se apresentar subitamente confuso, delirante, com falta de forças. Apirético (36,9 °C). Apresentava ligeira dispneia. Efectuado análises ao sangue, os mesmos indicavam leucocitose. Efectuado um Rx tórax, observava-se uma hiper-transparência num lobo do pulmão direito. Diagnóstico médico: Pneumonia.

No utente idoso, a avaliação inicial não deve descorar o comportamento incomum, as alterações no estado mental, a existência de patologias coexistentes. Os estilos de vida do utente deverão ser tidos em conta (ambientes de fumo, hábitos alcoólicos, tabágicos, etc). Este nosso doente tem hábitos tabágicos desde os 30 anos de idade (fuma em média, dois maços de tabaco por dia).

Diagnóstico de Enfermagem

- Limpeza ineficaz das vias aéreas relacionada com produção excessiva secreções traqueobrônquicas;

- Intolerância à actividade relacionada com a função respiratória alterada;
- Intolerância à actividade relacionada com défice de conhecimentos sobre técnicas de poupança de energia;
- Deficit de conhecimento sobre o tratamento e sobre as medidas de saúde preventivas, relacionado com limitações cognitivas;
- Ansiedade, relacionada com ameaça à integridade biológica, psicológica e social;
- Risco de alteração do padrão respiratório relacionado com diminuição da expansão pulmonar secundária a derrame pleural.

Planeamento e Implementação

As principais metas para o utente, devem incluir a melhoria da permeabilidade das vias aéreas, a obtenção de repouso suficiente para conservar a energia, a manutenção do volume hídrico adequado, a compreensão do protocolo de cuidados, das medidas preventivas e a ausência de complicações.

Acções de Enfermagem

- Melhorar a Permeabilidade das Vias aéreas:
 - Auxiliar o utente a tossir produtivamente;
 - Realizar drenagem postural, percussão e vibração para mobilizar secreções;
 - Utilizar medidas para reduzir a dor pleural;
 - Administrar terapêutica prescrita;
 - Fornecer oxigénio, conforme prescrito, atendendo a gasometria, distúrbio circulatório, delírio;

- Monitorizar a resposta do utente à terapia.
- Promover o repouso e conservar a energia:
 - Auxiliar o utente a assumir uma posição confortável (Semi-Flower);
 - Incentivar o utente a mudar frequentemente de posição.
- Promover a ingestão de líquidos:
 - Monitorizar a ingestão e excreção, bem como os sinais vitais.
- Educar o utente:
 - Evitar o fumo;
 - Manter a resistência natural;
 - Tomar vacinas para influenza e para o pneumococo;
 - Evitar fadiga excessiva, agitação e a ingestão de álcool, as quais reduzem a resistência à pneumonia;
 - Relatar ao médico, quaisquer sinais ou sintomas de uma infecção do trato respiratório;
 - Fazer exames periódicos após a alta hospitalar.
- Monitorizar e tratar as potenciais complicações.
- Diminuir a ansiedade, informando o doente sobre a sua patologia, orientando-o em relação ao ambiente, de forma a favorecer a adaptação à situação. Permitir, sempre que possível a presença de pessoas significativas para o doente.

Resultados Esperados

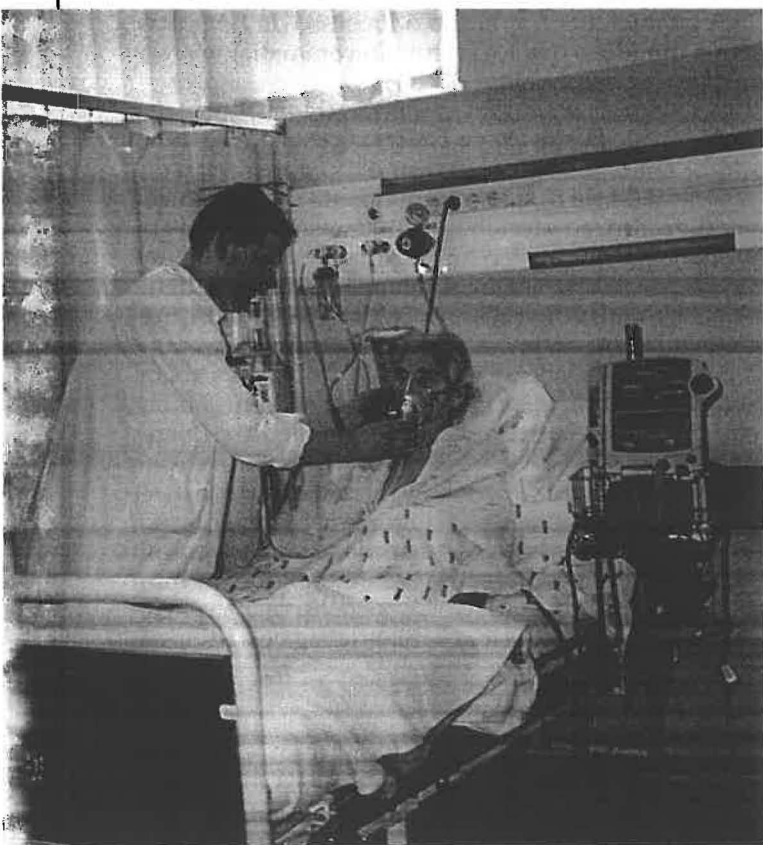
- Demonstra melhora da permeabilidade das vias aéreas, conforme evidenciado pelos gases arteriais adequados, pela temperatura normal, pelo murmúrio vesicular normal e pela tosse.
- Repousa e conserva energia, permanecendo o tempo necessário no leito enquanto sintomático.
- Mantém uma ingestão hídrica adequada, conforme evidenciado pela ingestão de fluidos e pelo turgor cutâneo normal.
- Aceita o protocolo de cuidados e as estratégias de prevenção.
- Não apresenta complicações:
 - Sinais vitais e gases arteriais normais;
 - Tosse produtiva;
 - Não apresenta sinais ou sintomas de choque, insuficiência respiratória ou derrame pleural;
 - Orientado e alerta quanto ao ambiente.

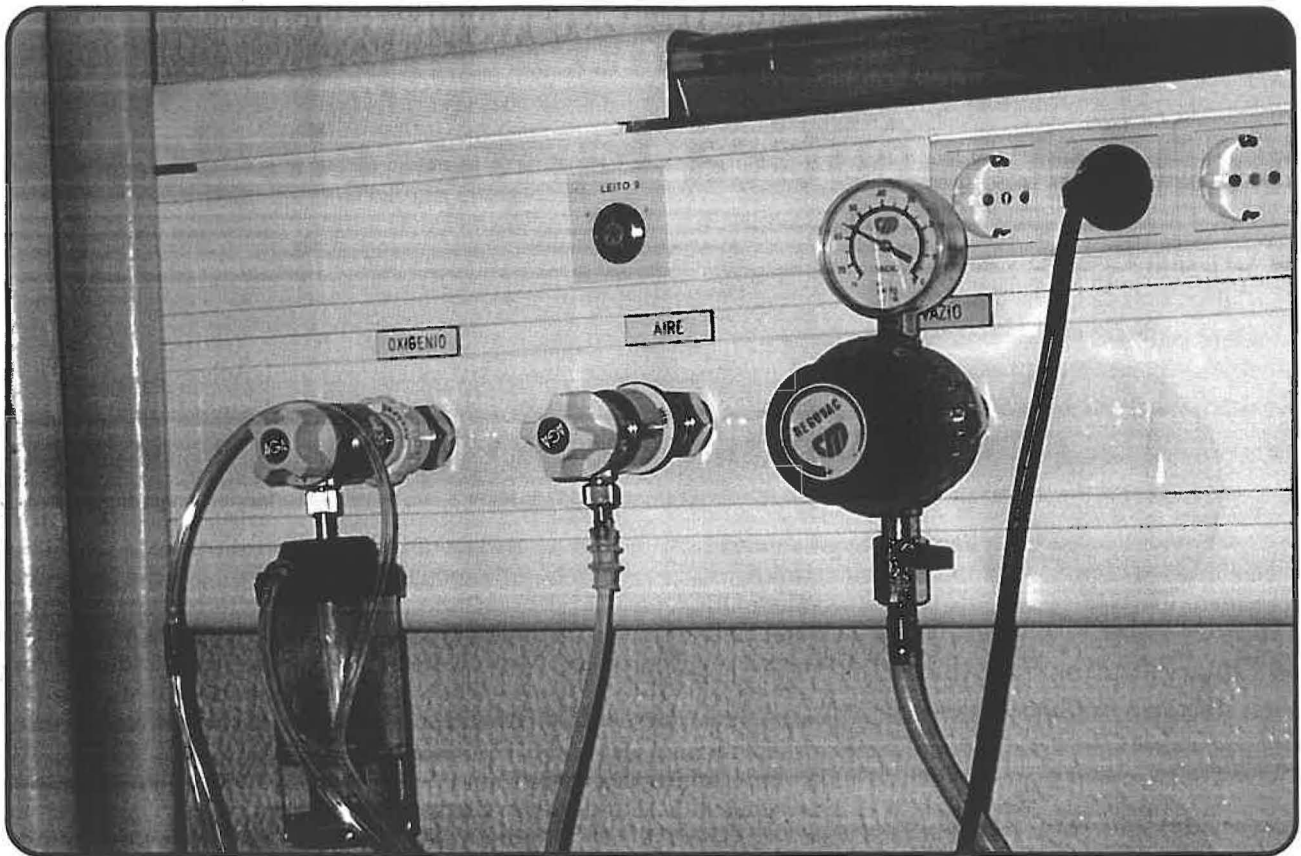
7 – CONCLUSÃO

Com o envelhecimento natural, verificam-se alterações da anatomia e fisiologia do aparelho respiratório, bem como do sistema imunológico, além de outros.

Os idosos além de terem maior incidência de Pneumonia, apresentam maior mortalidade por esta infecção.

Dado a condicionalismos inerentes aos idosos, as Pneumonias podem assumir características particu-





lares, o que vai exigir em termos de metodologia diagnóstica, uma abordagem mais atenta e agressiva por parte do profissional de saúde (médico, enfermeiro). ■

BIBLIOGRAFIA

- BERGER, Louise; MAILLOUX-POINIER, Danielle - Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global . 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1995, Pág.133.
- BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1990, Cap.VII, Pág. 456-488.
- FERNANDO, P.M - Infecções respiratórias no doente idoso "Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica". Lisboa: Prismédica, Setembro 1995, N°77, Pág. 21-27.
- FILHO, Eurico Thomaz; NETTO, Matheus Papaléo - Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu, 1998.
- MARQUES, Raúl; SANTOS, António -Pneumonias no idoso "Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica". Lisboa: Prismédica, Maio 1996, N°85, Pág. 5-11.
- MONTEIRO, Filipe - Pneumonias -a mortalidade aumenta com os factores de risco "Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica ". Lisboa: Prismédica, Abril 1997, N°94, Pág.5-14.

Nem todos conhecem as vantagens de ser assinante da Sinais Vitais.

Faça-se assinante e receba também a Revista de Investigação em Enfermagem (semestral) o Jornal de Enfermagem SOS (Mensal)

Visite-nos na internet: www.sinasvitalis.pt

SBS JORNAL DE ENFERMAGEM