



FACULDADE DE CIÊNCIAS GERENCIAIS DE MANHUAÇU

PNEUMONIA ASPIRATIVA NO IDOSO

Bruna Teixeira Ribeiro

Manhuaçu

2018



BRUNA TEIXEIRA RIBEIRO

PNEUMONIA ASPIRATIVA NO IDOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de Medicina da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Área de Concentração: Geriatria; Pneumologia.

Orientador: Dr. Gustavo Henrique de Melo da Silva.

Manhuaçu

2018



BRUNA TEIXEIRA RIBEIRO

PNEUMONIA ASPIRATIVA NO IDOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no curso de Medicina da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Área de Concentração: Geriatria; Pneumologia.

Orientador: Dr. Gustavo Henrique de Melo da Silva.

Banca Examinadora:

Aprovado em: ____/____/____

Manhuaçu

2018



RESUMO

A pneumonia é uma síndrome de condensação caracterizada pela tríade sintomatológica de dispneia, dor torácica e tosse que cursa com um quadro de esforço respiratório. A presença de pneumonia em idosos tem sido ligada a diversos fatores, principalmente fisiológicos, funcionais, ambientais, climáticos e sociais como aglomerados e climas amenos, o que têm acometido com frequência o sistema respiratório. Os idosos são mais propensos a essas infecções em virtude do comprometimento de suas funções imunes. A obtenção de dados foi realizada por meio de pesquisas disponíveis em SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). O presente estudo de revisão bibliográfica acerca do tema reflete na necessidade de maiores discussões, propedêuticas bem como resoluções terapêuticas acerca da pneumonia aspirativa.

Palavras-chave: pneumonia; pneumonia aspirativa; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; nutrição nasoentérica; acidente vascular encefálico.



ABSTRACT

Pneumonia is a condensation syndrome characterized by the symptomatological triad of dyspnea, chest pain, and cough with respiratory distress. The presence of pneumonia in the elderly has been linked to several factors, mainly physiological, functional, environmental, climatic and social factors such as agglomerates and mild climates, which have frequently affected the respiratory system. The elderly are more prone to these infections due to impairment of their immune functions. Data collection was done through researches available in SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System online) and LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences). This literature review study on the subject reflects on the need for further discussions, propaedeutics as well as therapeutic resolutions on aspiration pneumonia.

Keywords: pneumonia; aspiration pneumonia; systemic arterial hypertension; diabetes mellitus; nasoenteric nutrition; stroke.



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. METODOLOGIA.....	11
3. DISCUSSÃO	13
5. CONCLUSÃO.....	20
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	22

1. INTRODUÇÃO

É sabido que, o quantitativo de pessoas igual ou superior a 60 anos está em crescimento. Entre o período de 1980 a 2000 a população idosa mundial cresceu aproximadamente 7,3 milhões sendo que, em 2000 esta estimativa se encontrava em cerca de 14,5 milhões de idosos (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Ademais, prevê-se que o Brasil até o ano de 2025 ocupará a sexta colocação no ranking de países com maior número de idosos. Chegando, inclusive, a ter um número de idosos superior a 30 milhões. Estabelecendo um comparativo entre a população idosa brasileira e a população idosa mundial, tem-se que entre o período de 1950 a 2025, no Brasil, o aumento de tal faixa etária será de 15 vezes, enquanto que no mundo todo será de, no máximo, 5 vezes (DAWALIBI et al., 2013).

Isto acontece devido ao fato de haver uma modificação demográfica que é em decorrência do decréscimo das taxas de fertilidade concomitantemente ao aumento da expectativa de vida, em virtude de uma melhoria nos programas de saúde e assistenciais bem como o aumento de tecnologias e técnicas na área da saúde (BRITO et al., 2013).

O idoso no decorrer de seu envelhecimento sofre alterações orgânicas tais como: redução da estatura em decorrência da diminuição da massa óssea, a pele torna-se menos oleosa e elástica ficando mais fina e sensível, a visão e a audição sofrem declínios (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Além do mais, no idoso ocorre um alto índice de doenças crônico-degenerativas em simultaneidade com a ocorrência de pluripatogenias, que refere a mais de uma doença em concomitância (BRITO et al., 2013).

Dado tais informações sobre tal público, evidencia-se que o idoso é, na verdade, a faixa etária mais propícia a infecções e agravos. Dentre uma gama de doenças, inclui-se entre elas a pneumonia, que comprometerá a funcionalidade do organismo bem como o bem-estar do indivíduo (DAWALIBI et al., 2013).

As pneumonias são consideradas patologias inflamatórias de caráter agudo e de causa infecciosa que ocupam os espaços aéreos e podem ter diversas causas etiológicas como viral, bacteriana ou fúngicas (CORRÊA et al., 2009).

Refere-se a uma doença do trato respiratório caracterizada por dispneia, dor torácica e tosse principalmente, configurando uma tríade sintomatológica clássica (PORTO, 2015). É válido dizer que os achados de semiologia apenas contemplam uma acuracidade moderada, isto é, não estão aptos para excluir ou confirmar com segurança o quadro de pneumonia e seu diagnóstico (CORRÊA et al., 2009).

Para que se desenvolva o quadro de pneumonia é necessário que os agentes infecciosos ganhem o trato respiratório inferior, sendo aptos a vencer os meios de defesa do trato respiratório do organismo, que abrangem alguns mecanismos como o reflexo da tosse, a atividade mucociliar, a respostas pelos anticorpos bem como por macrófagos, leucócitos e linfócitos (PIZZICHINI, 2007).

Ademais, tem-se por definição de aspiração a inalação do conteúdo do estômago ou da orofaringe na laringe e no trato respiratório baixo. Comumente, quatro tipos de matérias sofrem a aspiração: corpos estranhos juntamente com partículas de alimento, suco gástrico, e bactérias presentes na orofaringe. Este quadro resulta, frequentemente, na pneumonia aspirativa. As ocorrências de aspirações, cursando com graves consequências resultam em um índice de 7,5% a 72% de mortalidade após o quadro de pneumonia aspirativa (JUNIOR; CAMARGO; CARVALHO, 2007).

Isto é, a pneumonia aspirativa refere-se a uma infecção de razão multifatorial resultante principalmente devido a um decréscimo dos mecanismos de defesa do paciente. Uso de sondas, cateteres, desnutrição e doenças de base são fatores que predispõem ao quadro (TOÉ, 2018).

Sabe-se que determinados utensílios de uso hospitalar são considerados razões para o alastramento de patógenos tais como, sondas e tubos. A aspiração de secreções da orofaringe constitui o caminho primordial para a entrada de agentes infecciosos em direção ao trato respiratório inferior. Nos pacientes em uso de tubos, os micro-organismos tende a ser originários das secreções acumuladas ao redor do balonete do mesmo. Ademais, uma possível fonte de contaminação bacteriana

subsequente refere-se a presença de uma camada de um biofilme no interior do tubo traqueal (PIZZICHINI, 2007).

Em se tratando da doença do trato respiratório abordada, a pneumonia provoca um alastramento de micro-organismos na região alveolar desencadeando uma reação inflamatória que compromete a ventilação pulmonar, exacerba o trabalho respiratório e, por consequência ocasiona um quadro de esforço respiratório que pode cursar com a clínica de dispneia, sendo ela de leve, moderada a grave. Os achados laboratoriais, como leucocitose, e semiológicos, como febre, sugerem o desfecho da resposta inflamatória em decorrência da migração de células de defesa (WOLFF, 2016).

Algumas manifestações costumeiras indicadoras do quadro de pneumonia são tosse em primeiro lugar, seguido de dispneia, dor na pleura, atenuação do estado geral e por fim febre superior a 37,8°C. Além disso, pode-se ter outros sintomas como mialgia, expectoração e cefaleia. Ademais, há também, a presença de sinais focais tanto no exame físico como na imagem radiográfica do tórax do paciente (ARRUDA, 2018).

Os índices de quadro de pneumonia estão decrescendo desde a década passada, contudo os índices de mortalidade são inversos, tendo um caráter ascendente, isto pode ser evidenciado pelo fato de estar ocorrendo uma mudança demográfica na qual há a prevalência do envelhecimento populacional (CORRÊA et al., 2009).

Caso o diagnóstico seja feito de maneira acurada e minuciosa, o quadro de pneumonia passará por uma evolução prognostica rápida. Em virtude disto, faz-se necessário um tratamento adequado farmacologicamente, afim de evitar possíveis mazelas e também reduzir a espera de melhora em ambiente hospitalar, já que tal ambiente propicia novas contaminações (TOÉ, 2018).

Em virtude dos fatores mencionados e tendo por base que a pneumonia corresponde no Brasil a primeira causa de internações por doença, segundo o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (CORRÊA et al., 2009), acometendo mais no período de março a julho e mais em homens faz-se necessário discussões acerca do tema por meio de conteúdos literários e artigos pré-



seccionados afim de compreender uma maior gama de informações acerca do assunto pneumonia aspirativa no idoso.

2. METODOLOGIA

Este trabalho refere-se a um estudo de revisão bibliográfica de literatura, tendo elaboração e base em estudos já publicados e disponibilizados em meio digital e físico, em virtude disto, ao fazer o levantamento de obras publicadas, o pesquisador tende a ficar em contato direto com os resultados já obtidos sobre o preciso assunto. A revisão bibliográfica tem como objetivo prover fundamentação teórica ao trabalho, do mesmo modo que auxiliar na identificação do estágio atual do conhecimento pertinente ao tema, oferecendo a abrangência de uma cobertura de fenômenos (GIL, 2010).

Os dados foram coletados a partir da definição dos Descritores da Ciência da Saúde, (DeCS): Idoso, Saúde do Idoso, Pneumonia Aspirativa, Pneumonia Aspirativa no Idoso, Acidente Vascular Encefálico, Intubação Orotraqueal, Sonda Nasogástrica.

A partir da definição dos descritores, o rastreamento de artigos científicos foi realizado nos bancos de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando artigos anteriormente publicados. Foram analisados artigos de conteúdo proveitoso e propício, no qual foram pré-selecionados para serem usufruídos na atual pesquisa. A busca baseia-se em pesquisas que relatam a respeito de Pneumonia Aspirativa no Idoso, apresentando dados sobre os fatores causais e precipitantes, o diagnóstico e o tratamento, oferecendo informações construtivas para o aluno bem como para o orientador.

Desse modo, ampliou-se as áreas de pesquisa ao passo que os vieses eram minimizados no decorrer da construção da revisão bibliográfica. Os artigos foram, portanto, lidos e analisados em sua plenitude abordando os aspectos qualitativos e quantitativos dos mesmos (GIL, 2010).

A análise dos dados foi por meio da compreensão, entendimento, leitura exploratória (que tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa a pesquisa) e leitura seletiva (selecionando o material que de fato interessa a pesquisa) de informações além de publicações clássicas referentes ao tema, sendo



escolhidas as mais representativas e produtivas fomentando o conhecimento acerca da Pneumonia Aspirativa no Idoso (GIL, 2010).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O envelhecimento populacional está realizando-se de maneira rápida, o que é indicativo da necessidade de uma maior atenção a tal faixa etária atentando-se a uma melhora na qualidade de vida e nos serviços no âmbito da saúde, tornando-os capazes de atender, bem como, acolher a demanda dos idosos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O idoso, acaba por usufruir em maior intensidade os serviços de saúde, isto é exemplificado nas frequentes internações e em leitos ocupados pela faixa etária em discussão. No integral, os idosos são, normalmente, mais acometidos por afecções crônicas e ainda de maneira múltipla, fazendo com que o seguimento e as intervenções sejam constantes e por vezes com tratamentos hospitalares e médicos de custo oneroso (BRITO et al., 2013).

O idoso, se comparado com as demais faixas etárias, se encontra mais vulnerável às doenças infecciosas em decorrência a diversos fatores funcionais e fisiológicos comuns do processo de envelhecimento. Dentre os funcionais podemos citar as limitações do cuidado, os frequentes processos invasivos, a polifarmácia e o quadro de desnutrição, já nos fisiológicos evidencia-se a presença de várias comorbidades, como diabetes mellitus, afecções cerebrovasculares e demências, além disso, ocorre a queda do sistema imunológico, exemplificado pela diminuição da atividade do linfócito T e da imunidade celular, e o reflexo da tosse se encontra diminuído (FREITAS; PY, 2016). Este último item citado, por exemplo, favorece ao quadro de aspiração e, por conseguinte, pneumonia, interferindo diretamente nos índices e morbidade bem como mortalidade (BOAS; FERREIRA, 2007).

A pneumonia aspirativa é também conhecida como a contaminação do parênquima pulmonar em virtude da inalação dos micro-organismos pela orofaringe (SOUZA, 2013). Tal patologia refere-se a uma lesão pulmonar aguda (contaminação do parênquima pulmonar) em decorrência a macroaspiração de líquidos de caráter deletério, comumente conteúdo gástrico. Cerca de um quarto desses pacientes irão desenvolver pneumonia bacteriana do segundo ao sétimo dia após o primeiro evento (FREITAS; PY, 2016).



Determinados micro-organismos adentram os espaços aéreos periféricos do pulmão, e então, irão desencadear uma reação inflamatória. Este quadro é chamado de pneumonia de espaço aéreo ou pneumonia alveolar (LOPES, 2016).

São necessários três pré-requisitos para o desenvolvimento da pneumonia aspirativa: a) germe patogênico deve estar presente no material a ser aspirado; b) o material precisa ser aspirado; e c) os pulmões precisam ser incapazes de resistir aos germes patogênicos (LAGOS et al., 2011).

Segundo informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Tecnologia da Informação do Sistema Único de Saúde (SIM – DATASUS), no Brasil, no período correspondente entre o ano de 1996 e o ano de 2012 as pneumonias eram responsáveis por 37% dos óbitos em relação a demais doenças do trato respiratório. Em 1997, a mortalidade em decorrência a pneumonia era de aproximadamente 18,8 óbitos por 100 mil habitantes, já em 2013 esse quantitativo aumentou para 34,0. Destes números, 57% é correspondente a idosos (FERRAZ; FRIESTINO; FRANCISCO, 2017).

Ainda em comparação, no decorrer dos últimos anos a taxa de mortalidade por doenças crônicas, inclusive as respiratórias, sofreu uma queda significativa. Em contrapartida, houve um aumento da mortalidade por pneumonias, evidenciando que a pneumonia se comporta de maneira diferente em relação aos níveis de mortalidade das demais doenças, entre elas as crônicas, do trato respiratório (FERRAZ; FRIESTINO; FRANCISCO, 2017).

A pneumonia atualmente se caracteriza por uma doença comum com uma taxa de mortalidade elevada, correspondendo a quinta causa de morte na população idosa no Brasil. As comorbidades associadas a doença tende a agravar o quadro de pneumonia tais como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, insuficiência renal, doenças crônicas do trato respiratório, acidente vascular encefálico e desnutrição. Geralmente, com o avançar da faixa etária, há uma grande agregação de doenças associadas em virtude de haver uma queda significativa nas funções do organismo humano, sejam elas vasculares, imunes, hepáticas ou renais. (ALMEIDA; FILHO, 2004).



No Acidente Vascular Encefálico (AVE) há comumente alterações de deglutição em virtude de desordens neurológicas, fator propício para a afecção de pneumonia aspirativa. Neste grupo de pacientes disfágicos a frequência de pneumonia aspirativa é em torno de 30% a 50% (XEREZ; CARVALHO; COSTA, 2004).

O quadro disfágico pode culminar em uma desnutrição e desidratação em virtude de uma falha no plano dietético e no valor calórico necessário para o organismo humano. O risco de pneumonia aspirativa aumenta de acordo com a complexidade de deglutição de fluidos, até mesmo a saliva (SIMOMURA, 2010).

Sabe-se que a probabilidade de sofrer um acidente vascular encefálico aumenta com o avançar da idade, ainda que, não seja exclusivo dessa faixa etária (AZEREDO; MATOS, 2003).

Os adultos saudáveis, ao aspirar durante o sono, dispõe de um fechamento adequado de glote, de uma atividade eficaz mucociliar, do reflexo de tosse e principalmente de uma adequada função imune, fatores que irão proteger as vias aéreas. Já nos idosos, a frequência de aspirações aumenta devido a fatores como dificuldade de deglutição, em decorrência de um AVE, por exemplo, comprometimento do reflexo da tosse, vômitos e principalmente presença de tubos para alimentação (FREITAS; PY, 2016).

É frequente o uso de sondas nasogástricas e, por seguinte, aspiração de conteúdo, em especial nos idosos devido serem portadores, muitas vezes, de patologias neurológicas (CARVALHO-FILHO et al., 1997).

Portanto, aqueles portadores de doenças cerebrovasculares com disfagia e portadores de sondas nasoentéricas propiciam o acúmulo de secreções na faringe bem como o aumento do Ph intragástrico, por consequência há probabilidade de maiores colonizações bacterianas aumentando o risco de aspiração e pneumonia (GOMES et al., 2003). Ou seja, quanto maior a ocorrência de regurgitações e/ou vômitos, quadro comum em pacientes com alguma desordem neurológica, maiores as chances de desencadear um quadro de pneumonia aspirativa. Por isso, a importância de checar frequentemente o resíduo estomacal no intuito de prevenir tal infecção (SIMOMURA, 2010).

Vale ressaltar que, o distúrbio de deglutição pode ser comum em pacientes que utilizam bloqueadores neuromusculares, principalmente se estiverem em uso de sondas ou tubos, como nos casos de mal de Parkinson, desordem neuromuscular e demência (JUNIOR; CAMARGO; CARVALHO, 2007).

No diagnóstico de pneumonia devem ser levados em consideração fatores clínicos, radiológicos e laboratoriais. (LOPES, 2016).

Por conseguinte, o diagnóstico da patologia deve ser baseado na presença de uma sintomatologia referente a uma afeção aguda do trato respiratório inferior, por exemplo, tosse, expectoração ou dispneia, assim como achados no exame físico do paciente, por exemplo: temperatura alta, sudorese ou calafrio (LOPES, 2016).

Tais evidências são ratificadas através da presença de certa opacidade pulmonar ao exame radiológico. Salienta-se, que a precária experiência do profissional em relação ao detectar variações radiológicas pode contribuir para um diagnóstico errôneo. Acentua-se a necessidade da realização de exames radiológicos de tórax tanto na incidência em perfil como na pósterio-anterior, uma vez que além de grande relevância para o diagnóstico, auxilia na percepção de gravidade, na implicação multilobar além de sugerir outras alternativas como um quadro tuberculoso. Ademais, o custo, a dose baixa de radiação e a alta gama de disponibilidade favorecem o uso de tal exame para auxílio no diagnóstico. Entretanto, há limitação quando tenta-se distinguir o agente causal (CORRÊA et al., 2009).

Os patógenos mais frequentemente relacionados com o contexto seriam: *Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae*; *Mycoplasma pneumoniae*; *Chlamydia pneumoniae*; *Legionella pneumophila*; *Pseudomonas aeruginosa*; *Streptococcus pyogenes*; *Moraxella catarrhalis* e vírus respiratórios (influenza, adenovírus, vírus sincicial respiratório, parainfluenza, coronavírus), não necessariamente na ordem anteriormente citada. Vale ressaltar que, a prevalência de agentes típicos é de aproximadamente dois terços nas pneumonias enquanto a de agentes atípicos é de um terço. Contudo, esses números podem ser subestimados por muita das vezes não haver teste específico de comprovação. (LOPES, 2016).

A gradação radiológica arrisca-se ocorrer seja qual for etiologia, não devendo haver mudanças na terapêutica, contanto que esteja ocorrendo uma melhora clínica. Outrossim, a resolução da imagem radiológica pode ocorrer de maneira lenta após a recuperação clínica. Nos idosos, a radiografia deverá ser repetida logo após seis semanas do início da sintomatologia bem como na constância de achados clínicos ou físicos (CORRÊA et al., 2009).

Os pacientes diagnosticados com pneumonia serão avaliados quanto ao grau de gravidade da doença para que se possa estabelecer um tratamento correto, avaliando se há ou não a necessidade de internação ou se é um caso de tratamento ambulatorial. Ao analisar, deve-se levar em conta a escolha da medicação, as condições socioeconômicas do paciente e o comprometimento e entendimento sobre a patologia (CORRÊA et al., 2009).

Existem dois scores de grande auxílio para a avaliação do quadro de pneumonia que são o CURB-65 e o CRB-65, eles são baseados no somatório de cada item, culminando, então, na pontuação de acordo com o tipo de tratamento. Os mesmos serão expostos a seguir.

O escore CURB-65 refere-se a: 1) confusão mental, 2) ureia maior que 50 mg/dL, 3) frequência respiratória maior ou igual a 30 ciclos/min, 4) pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial diastólica menor ou igual a 60 mmHg e, por fim, 5) idade maior ou igual a 65 anos. Cada item do score tem o valor de 1 ponto, portanto, somados de 0-1 pontos é provável o tratamento ambulatorial, somados 2 pontos é válido considerar o tratamento hospitalar, somados 3 ou mais pontos é indicado tratamento hospitalar e somados 4-5 pontos, avaliar a internação na unidade de terapia intensiva (CORRÊA et al, 2009).

O escore CRB-65 avalia os mesmos itens citados no escore anteriormente com exceção da ureia, isto é: 1) confusão mental, 2) frequência respiratória maior ou igual a 30 ciclos/min, 3) pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial diastólica menor ou igual a 60 mmHg e, por fim, 4) idade maior ou igual a 65 anos. Do mesmo modo, cada item do score tem o valor de 1 ponto, sendo que, somados 0 pontos é provável o tratamento ambulatorial, somados 1 ou 2 pontos é válido

considerar o tratamento hospitalar e somados 3 ou 4 pontos é indicativo de hospitalização em caráter de urgência (CORRÊA et al., 2009).

Não obstante, um fator limitante de ambos scores citados deve-se ao fato de não levar em consideração doenças associadas como insuficiência cardíaca ou outras afecções respiratórias, que são preditivos de uma maior gravidade ou agressividade da pneumonia em si (CORRÊA et al., 2009).

Como dito anteriormente, os tratamentos foram subdivididos em: 1) tratamento ambulatorial, 2) tratamento hospitalar e 3) tratamento em unidade de terapia intensiva. A seguir, as medicações relacionadas para cada tratamento serão exemplificadas nas tabelas abaixo.

TABELA 1: Tratamento Ambulatorial.

PERFIL DO PACIENTE	TRATAMENTO
Paciente previamente hígido	Macrolídeo ou Beta-lactâmico
Paciente com doenças associadas	Quinolona ou Beta-lactâmico + Macrolídeo

Fonte: Jornal Brasileiro de Pneumologia (CORRÊA et al., 2009).

TABELA 2: Tratamento Hospitalar.

PACIENTE	TRATAMENTO
Paciente com critérios para tratamento hospitalar	Quinolona ou Beta-lactâmico + Macrolídeo

Fonte: Jornal Brasileiro de Pneumologia (CORRÊA et al., 2009).

TABELA 3: Tratamento em Unidade de Terapia Intensiva.

PERFIL DO PACIENTE	TRATAMENTO
Paciente sem risco de <i>Pseudomonas sp.</i>	Beta-lactâmico + Quinolona ou Macrolídeo
Paciente com risco de <i>Pseudomonas sp.</i>	Beta-lactâmico + Quinolona

Fonte: Jornal Brasileiro de Pneumologia (CORRÊA et al., 2009).

4. CONCLUSÃO

Em virtude dos dados mencionados e discutidos anteriormente percebe-se que fatores de risco tais como: envelhecimento, doenças de base, colonização da orofaringe e condições climáticas/ambientais estão diretamente ligados ao aumento da taxa de infecções resultando em frequentes quadros de pneumonia.

É incontestável que a faixa etária mais acometida são os idosos em decorrência da agressão do micro-organismo em concomitância a diminuição dos mecanismos de defesa do organismo humano. Além disso, comorbidades podem vir a agravar o quadro da doença sendo fatores preditivos de pior prognóstico.

Ademais, discutimos que é comum aspirar o conteúdo gástrico regurgitado podendo evoluir para um quadro de pneumonia aspirativa que comumente cursa com um quadro de insuficiência respiratória grave. Portanto, pode-se prevenir tal patologia evitando se o uso de sondas e optando por administrar a dieta de maneira fracionada e lenta, colocando o paciente em decúbito dorsal e elevando a cabeceira após o término da administração da mesma.

A complexidade de problemas que tal faixa etária carrega consigo evidencia que a prática geriátrica é na verdade uma prática interdisciplinar, uma vez que várias funcionalidades do organismo humano e sua recuperação dependem da orientação de outros profissionais

É válido ressaltar a necessidade de um cuidado com uma equipe multidisciplinar abrangendo além de médicos geriatras e pneumologistas, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Assim, pode-se dizer que o paciente obterá um cuidado e uma melhora efetiva, interferindo de maneira direta na redução dos índices de morbimortalidade e aumentando a qualidade de vida.

Promover a saúde e proteger, principalmente, as faixas etárias de maior vulnerabilidade influenciará em uma repercussão benéfica em relação a diminuição da morbimortalidade em decorrência de pneumonia. Dessa forma, ressalta-se como é importante averiguar os números de morbidade igualmente os de mortalidade para que se possa verificar se as ações de promoção e prevenção da saúde, as campanhas de vacinação e o acesso ao atendimento de saúde tem surtido a eficácia devida.



Em decorrência disso, evidencia-se a necessidade de maiores discussões, propedêuticas e resoluções acerca da doença, já que esta é responsável por um alto número de internações e baseia-se em um tratamento de custo oneroso. Por fim, indubitavelmente o diagnóstico deve ser precoce e a conduta terapêutica deve ser correta para que se tenha uma rápida resolução da doença evoluindo com um bom prognóstico. Caso a conduta não seja adequada e o paciente ainda possua comorbidades associadas pode haver evolução para o óbito.

5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, J. R; FILHO, O. F. F. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, maio/junho, 2004.

ARRUDA, M.R.R. Uma breve revisão sobre a classificação, quadro clínico e diagnóstico da pneumonia. **Revista Uniplac**, v.6, n.1, 2018.

AZEREDO, A.; MATOS, E. Grau de Dependência em Doentes que sofreram AVC. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**, série III; 8 (4): 199- 204, 2003.

BOAS, P.J.F.V; FERREIRA, A.L.A. Infecção em Idosos Internados em Instituição de Longa Permanência. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.53, n.2, 2007.

BRITO, M. C.C., et al. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Revista Kairós Gerontologia**,16(3), pp.161-178. São Paulo, 2013

CARVALHO-FILHO, E.T. et al. **Introgenia em pacientes idosos hospitalizados**. Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil, 1997.

CARDOSO, A. P. et al. Pneumonias adquiridas na comunidade. **Jornal Pneumologia**. Vol. 24, n. 2, 1998.

CORRÊA, R.A. et al. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2009.

COSTA, M. F. L.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 13, n.4, p. 217-228, 2004.



DAWALIBI, N. W. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, v.30, n.3, Campinas, 2013.

FERRAZ, R.O.; FRIESTINO, J. K. L.; FRANCISCO, P. M. S. B. Tendência de mortalidade por pneumonia nas regiões brasileiras no período entre 1996 e 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2017.

FIGUEIREDO, A. M. F. R. Pneumonia no idoso. **Revista Port Pneumol**, vol. 2, n. 6, p. 485 – 493, 2001.

FREITAS, E.V; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, G.F; et al. Sonda nasoesférica, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cérebro-vascular complicada por disfagia orofaríngea. **Arquivo Brasileiro de Cirurgias Digestivas**. Vol. 16, n.4, p.189-192, São Paulo, 2003.

JUNIOR, C. T.; CAMARGO, F. P.; CARVALHO, C. R. R. Pneumonia Aspirativa Associada a Alterações da Deglutição - Relato de Caso. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, vol. 19, n. 1, 2007.

LAGOS, H. N. C. et al. **Ocorrência de pneumonia aspirativa em crianças disfágicas pós videofluoroscopia**. Universidade Tuiuti do Paraná, 2011.

LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Roca, 2016.

MENDES, F. S; LUCY, A, T. Qualidade de vida e interdisciplinaridade: a necessidade do programa de assistência domiciliar na prevenção das



complicações em idosos com disfagia. **Revista O Mundo da Saúde**, vol.33, n.3, p. 320-328, São Paulo, 2009.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2016; 19(3):507-519.

PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara e Koogan, 2015.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v.25, n.4, Campinas, 2008.

SIMOMURA, F. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos hospitalizados. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2010.

SOUZA, N. M. **Prevenção da pneumonia por aspiração**: revisão sistemática. Universidade do Porto Em Ciências De Enfermagem, 2013.

PIZZICHINI, E. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia**, 2007.

TOÉ, P.H.R. Pneumonia Adquirida no Hospital (PAH). **Revista Uniplac**, v.6, n.1, 2018.

WOLFF, P. Pneumonia em idosos. **Revista Uniplac**, v.4, n.1, 2016.

XEREZ, D. R.; CARVALHO, Y. S. V.; COSTA, M. M. B. Estudo Clínico e Videofluoroscópico da Disfagia na Fase Subaguda do Acidente Vascular Encefálico. **Radiol Bras**, vol. 37, n. 1, pp. 09-14, 2004.

