

Escolhas Sensatas em ILPI: A Contribuição *Choosing Wisely*

Marco Polo Dias Freitas

Médico Geriatra (RQE nº 11.207)

Doutor em Saúde
Coletiva/Epidemiologia pela
FIOCRUZ/MG

Mestre em Clínica Médica pela
Faculdade de Medicina da UFMG

Chefe do Serviço de Geriatria do
Hospital Universitário da UnB

Membro da Câmara Técnica de
Geriatria do CFM

Brasília, Agosto/2019

Declaração de Potencial Conflito de Interesse

Conforme determinação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC 102/ 2000) e do Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.595/2000), o autor declara não possuir qualquer conflito de interesse relacionado à presente exposição.

Choosing Wisely

“Escolhendo Sabiamente”

- Iniciativa criada pelo *American Board of Internal Medicine* (ABIM), em 2012, nos Estados Unidos
- *Choosing Wisely Brasil*, surge em 2015, projeto colaborativo, facilitado pela Proqualis (FIOCRUZ) e protagonizado por sociedades de especialidades brasileiras
- Campanha se baseia no paradigma: ***Menos é Mais***
- Surge da percepção de que a falta de sabedoria é muitas vezes expressa na utilização exagerada ou inapropriada de recursos na saúde

Barcellos G. Sobre a iniciativa pioneira nos EUA e a *Choosing Wisely International*.

<https://proqualis.net/apresentacao/sobre-iniciativa-pioneira-nos-eua-e-choosing-wisely-international>, acessado em 05/08/2019.

“A Campanha *Choosing Wisely* visa promover o diálogo entre médicos e pacientes acerca de exames, tratamentos e procedimentos desnecessários, e para ajudar médicos e pacientes a fazer escolhas inteligentes e eficazes, garantindo cuidados de alta qualidade”

Choosing Wisely International

Choosing Wisely

“Escolhendo Sabiamente”

- A iniciativa CW **busca mudar a prática** médica ao atribuir às organizações de especialistas a tarefa de apontar entre cinco ou dez condutas médicas correntes não apoiadas pelas evidências científicas, que não estão livre de danos ou não são necessárias e, portanto, não deveriam ser adotadas
- **Intuito primário: melhorar a qualidade da assistência, que deve ser sempre embasada em evidências, aumentando a probabilidade de benefício e reduzindo o risco de malefício à saúde dos indivíduos**
- A iniciativa CW **coloca em novos patamares as discussões entre médicos e pacientes acerca dos riscos e benefícios do uso de determinados procedimentos, encorajando os pacientes a questionarem seus profissionais e a si próprios sobre a necessidade de uma determinada conduta, os riscos presentes e a existência de outras opções**

Laguardia J, et al. Qualidade do cuidado em saúde e a iniciativa “*Choosing Wisely*”. Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v10i1.1097>, acessado em 05/08/2019.

Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil e o Risco de Iatrogenia

Idosos institucionalizados são mais frágeis e mais sujeitos a efeitos adversos, portanto, tem um risco aumentado de sofrerem iatrogenia

Tommaso 2018. Iatrogenias possíveis em ILPI's – quais são e como evitá-las?

<http://revistaaptare.com.br/2018/05/24/iatrogenias-possiveis-em-ilpis-quais-sao-e-como-evita-las/>, acessado em: 03/07/2019.

Código de Ética Médica

Resolução CFM nº 2.217/2018,
modificada Res. CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019

■ Princípios Fundamentais

- *XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico **evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários** e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.*

■ É direito do médico

- *II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as **práticas cientificamente reconhecidas** e respeitada a legislação vigente.*

Código de Ética Médica

Resolução CFM nº 2.217/2018,
modificada Res. CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019

■ Relação com pacientes e familiares

- *Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis **sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas**, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.*

Article types Clinical Trial Review Customize ...

Text availability Abstract Free full text Full text

Publication dates 5 years 10 years Custom range...

Species Humans Other Animals

Clear all Show additional filters

Format: Summary Sort by: Most Recent

Send to Filters: Manage Filters

Search results Items: 3

Sort by: Best match Most recent

- [Optimizing medical care for geriatric patients in Austria: defining a top five list of "Choosing Wisely" recommendations using the Delphi technique.](#)
 Schippinger W, Glechner A, Horvath K, Sommeregger U, Frühwald T, Dovjak P, Pinter G, Iglseder B, Mrak P, Müller W, Ohrenberger G, Mann E, Böhmendorfer B, Roller-Wirnsberger R. Eur Geriatr Med. 2018;9(6):783-793. doi: 10.1007/s41999-018-0105-8. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30546795 **Free PMC Article**
[Similar articles](#)
- [Quality Indicators of Primary Care Provider Engagement in Nursing Home Care.](#)
 Mays AM, Saliba D, Feldman S, Smalbrugge M, Hertogh CMPM, Booker TL, Fulbright KA, Hendriks SA, Katz PR. J Am Med Dir Assoc. 2018 Oct;19(10):824-832. doi: 10.1016/j.jamda.2018.08.001. PMID: 30268288
[Similar articles](#)
- [Choosing Wisely Canada recommendations.](#)
 Crosby J. Can Fam Physician. 2016 Jul;62(7):568. No abstract available. PMID: 27412210 **Free PMC Article**

Find related data Database: Select Find items

Search details "choosing wisely"[All Fields] AND "long term care"[All Fields] Search See more...

Recent Activity Turn Off Clear



Optimizing medical care for geriatric patients in Austria: defining a top five list of “Choosing Wisely” recommendations using the Delphi technique

Walter Schippinger¹ · Anna Glechner² · Karl Horvath³ · Ulrike Sommeregger⁴ · Thomas Frühwald⁴ · Peter Dovjak⁵ · Georg Pinter⁶ · Bernhard Iglseder⁷ · Peter Mrak⁸ · Walter Müller⁹ · Gerald Ohrenberger¹⁰ · Eva Mann^{11,12} · Birgit Böhmdorfer¹³ · Regina Roller-Wirnsberger¹⁴ 

Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine: tests, treatments and procedures clinicians and consumers should question

[Expand all](#) | [Collapse all](#)

- 1 Do not use antipsychotics as the first choice to treat behavioural and psychological symptoms of dementia. 
- 2 Do not prescribe benzodiazepines or other sedative-hypnotics to older adults as first choice for insomnia, agitation or delirium. 
- 3 Do not use antimicrobials to treat bacteriuria in older adults where specific urinary tract symptoms are not present. 
- 4 Do not prescribe medication without conducting a drug regimen review. 
- 5 Do not use physical restraints to manage behavioural symptoms of hospitalized older adults with delirium except as a last resort. 



ELSEVIER

JAMDA

journal homepage: www.jamda.com

Special Article

Quality Indicators of Primary Care Provider Engagement in Nursing Home Care



Allison Moser Mays MD, MAS^a, Debra Saliba MD, MPH^{b,c,d,*}, Sid Feldman MD, CMD^e,
Martin Smalbrugge MD, PhD^f, Cees M.P.M. Hertogh MD, PhD^f, Tina L. Booker BS^b,
Kisa A. Fulbright BS^b, Simone A. Hendriks MD, PhD^f, Paul R. Katz MD, CMD^g

- O conjunto de Indicadores de Qualidade identificou práticas nas quais o envolvimento do profissional da saúde agrega valor a partir de
 - *Capacitação geriátrico-gerontológica*
 - *Aplicação de práticas baseadas em evidências*
 - *“Defesa” dos residentes (pacientes)*
 - *Oferta de cuidados centrados na pessoa*
 - *Planejamento antecipado de cuidados*
 - *comunicação efetiva para coordenar os cuidados*



Choosing Wisely Canada

Choosing Wisely Canada recommendations

Interview with Dr John Crosby

Psychiatry recommendation 12
Canadian Geriatric Society recommendation 4
Do not use antipsychotics as the first choice to treat behavioural and psychological symptoms of dementia.

How have you implemented these recommendations in your practice?

To cut prescriptions for antipsychotics, my team and I made a plan. First, we asked the Behavioural Supports Ontario nurses at each long-term care home to try nonpharmacologic interventions (eg, redirecting exit-seeking patients, calming patients with activities, music, and hobbies). We ensured that behaviour such as calling out and verbal and physical aggression were not due to medical reasons such as constipation, pneumonia, urinary tract infections, or osteoarthritis pain. Then we reviewed the charts of all patients taking antipsychotics and chose those patients we believed

feel rushed—like write a prescription or order a test. It takes longer to explain why something is not necessary and to discuss risks and benefits. Physicians overprescribe and choose unwisely because of the pressure to keep their patients happy.

I make rounds 3 days a week at 9 AM (not during meals). With this schedule, I save time because I can diagnose diseases early, when they are easier to treat. I delegate my meetings and ensure that families' questions are medically relevant. I review patients' medications, ensuring they are appropriate for their conditions, working with the families and making decisions with them. I do not fight the battles that I will not win.

By the third day of rounds, patients' immediate medical needs have been met, families have been involved, and nurses' needs are addressed.

What does Choosing Wisely

“O gerenciamento do tempo é fundamental. Como médicos, somos tentados a fazer as coisas mais rápidas e fáceis quando nos sentimos pressionados - como escrever uma receita ou pedir um exame. Demora mais tempo para explicar por que algo não é necessário e para discutir riscos e benefícios. Os médicos prescrevem e escolhem imprudentemente por causa da pressão para manter seus pacientes felizes.”

Dr John Crosby

Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia

Evidence-based clinical practice guideline

Lise M. Bjerre MD PhD CCFP Barbara Farrell PharmD ACPR FCSHP Matthew Hogel PhD Lyla Graham MD
Geneviève Lemay MD MSc FRCPC Lisa McCarthy PharmD MSc Lalitha Raman-Wilms PharmD FCSHP
Carlos Rojas-Fernandez PharmD Samir Sinha MD DPhil FRCPC Wade Thompson RPh MSc Vivian Welch PhD Andrew Wiens MD

Abstract

Objective To develop an evidence-based guideline to help clinicians make decisions about when and how to safely taper and stop antipsychotics; to focus on the highest level of evidence available and seek input from primary care professionals in the guideline development, review, and endorsement processes.

Methods The overall team comprised 9 clinicians (1 family physician, 1 family physician specializing in long-term care, 1 geriatric psychiatrist, 2 geriatricians, 4 pharmacists) and a methodologist; members disclosed conflicts of interest. For guideline development, a systematic process was used, including the GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) approach. Evidence was generated from a Cochrane systematic review of antipsychotic deprescribing trials for the behavioural and psychological symptoms of dementia, and a systematic review was conducted to assess the evidence behind the benefits of using antipsychotics for insomnia. A review of reviews of the

Algumas Recomendações *Choosing Wisely* que se Aplicam a Idosos em ILPI

“Sociedade de Medicina de Cuidados Pós-Agudos e de Longa Duração” (American Medical Directors Association - AMDA)

Choosing Wisely Brasil e SBGG – Top Ten

Choosing Wisely Brasil e SBGG – Cuidados Paliativos (em construção)



An initiative of the ABIM Foundation

AMDA – The Society for Post-Acute
and Long-Term Care Medicine™



Ten Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't insert percutaneous feeding tubes in individuals with advanced dementia. Instead, offer oral assisted feedings.

Strong evidence exists that artificial nutrition does not prolong life or improve quality of life in patients with advanced dementia. Substantial functional decline and recurrent or progressive medical illnesses may indicate that a patient who is not eating is unlikely to obtain any significant or long-term benefit from artificial nutrition. Feeding tubes are often placed after hospitalization, frequently with concerns for aspirations, and for those who are not eating. Contrary to what many people think, tube feeding does not ensure the patient's comfort or reduce suffering; it may cause fluid overload, diarrhea, abdominal pain, local complications, less human interaction and may increase the risk of aspiration. Assistance with oral feeding is an evidence-based approach to provide nutrition for patients with advanced dementia and feeding problems.

2

Don't use sliding scale insulin (SSI) for long-term diabetes management for individuals residing in the nursing home.

SSI is a reactive way of treating hyperglycemia after it has occurred rather than preventing it. Good evidence exists that SSI is neither effective in meeting the body's physiologic insulin needs nor is it efficient in the long-term care (LTC) setting in medically stable individuals. Use of SSI is associated with more frequent glucose checks and insulin injections, leads to greater patient discomfort and increased nursing time and resources. With SSI regimens, patients may be at risk from wide glucose fluctuations or hypoglycemia when insulin is given when food intake is erratic.

3

Don't obtain urine tests until clinical criteria are met.

Clinical uncertainty surrounding asymptomatic bacteriuria (ASB) and/or pyuria is the major driver for overtreatment of Urinary Tract Infections (UTI) in PALTC, (Nace). Colonization (a positive bacterial culture without signs or symptoms of a localized UTI) is a common problem in PALTC facilities that contributes to the over-use of antibiotic therapy in this setting, leading to an increased risk of diarrhea or other adverse drug events, resistant organisms, and infection due to *Clostridioides difficile*. An additional concern is that the finding of asymptomatic bacteriuria may lead to an erroneous assumption that a UTI is the cause of an acute change of status, hence failing to detect or delaying the timely detection of 5 signs and symptoms likely indicative of uncomplicated cystitis. These include dysuria, and one or more of the following: frequency, urgency, supra-pubic pain or gross hematuria. In the presence of dysuria and one or more sign/symptom, collection of a urine culture is indicated.

4

Don't prescribe antipsychotic medications for behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in individuals with dementia without an assessment for an underlying cause of the behavior.

Careful differentiation of cause of the symptoms (physical or neurological versus psychiatric, psychological) may help better define appropriate treatment options. The therapeutic goal of the use of antipsychotic medications is to treat patients who present an imminent threat of harm to self or others, or are in extreme distress – not to treat nonspecific agitation or other forms of lesser distress. Treatment of BPSD in association with the likelihood of imminent harm to self or others includes assessing for and identifying and treating underlying causes (including pain; constipation; and environmental factors such as noise, being too cold or warm, etc.), ensuring safety, reducing distress and supporting the patient's functioning. If treatment of other potential causes of the BPSD is unsuccessful, antipsychotic medications can be considered, taking into account their significant risks compared to potential benefits. When an antipsychotic is used for BPSD, it is advisable to obtain informed consent.

Refer to F-758: Free from Unnecessary Psychotropic Medications/PRN Use. https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap_pp_guidelines_ltcf.pdf

5

Don't routinely prescribe lipid-lowering medications in individuals with a limited life expectancy.

Hypercholesterolemia, or low HDL-C, is an important risk factor for all-cause mortality, coronary heart disease mortality, hospitalization for myocardial infarction or unstable angina in persons older than 70 years. In fact, studies show that elderly patients with the lowest cholesterol have the highest mortality after adjusting other risk factors. In addition, a less favorable risk-benefit ratio may be seen for patients older than 85, where benefits may be more diminished and risks from statin drugs more increased (cognitive impairment, falls, neuropathy and muscle damage).

6

Don't place an indwelling urinary catheter to manage urinary incontinence.

The most common source of bacteremia in the post-acute and long-term care (PA/LTC) setting is the bladder when an indwelling urinary catheter is in use. The federal Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) recommends minimizing urinary catheter use and duration of use in all patients. Specifically, HICPAC recommends not using a catheter to manage urinary incontinence in the PA/LTC setting. Appropriate indications for indwelling urinary catheter placement include acute retention or outlet obstruction, to assist in healing of deep sacral or perineal wounds in patients with urinary incontinence, and to provide comfort at the end of life if needed.

7

Don't recommend screening for breast, colorectal or prostate cancer if life expectancy is estimated to be less than 10 years.

Many patients residing in the LTC setting are elderly and frail, with multimorbidity and limited life expectancy. Although research evaluating the impact of screening for breast, colorectal and prostate cancer in older adults in general and LTC residents in particular is scant, available studies suggest that multimorbidity and advancing age significantly alter the risk-benefit ratio. Preventive cancer screenings have both immediate and longer term risks (e.g., procedural and psychological risks, false positives, identification of cancer that may be clinically insignificant, treatment-related morbidity and mortality). Benefits of cancer screening occur only after a lag time of 10 years (colorectal or breast cancer) or more (prostate cancer). Patients with a life expectancy shorter than this lag time are less likely to benefit from screening. Discussing the lag time ("When will it help?") with patients is at least as important as discussing the magnitude of any benefit ("How much will it help?"). Prostate cancer screening by prostate-specific antigen testing is not recommended for asymptomatic patients because of a lack of life-expectancy benefit. One-time screening for colorectal cancer in older adults who have never been screened may be cost-effective; however, it should not be considered after age 85 and for most LTC patients older than 75 the burdens of screening likely outweigh any benefits.

8

Don't obtain a *C. difficile* toxin test to confirm "cure" if symptoms have resolved.

Patients residing in PA/LTC facilities are particularly at risk for CDI because of advanced age, frequent hospitalizations and frequent antibiotic exposure. However, only symptomatic patients should be tested. Furthermore, studies have shown that *C. difficile* tests may remain positive for as long as 30 days after symptoms have resolved. False positive "test-of-cure" specimens may complicate clinical care and result in additional courses of inappropriate anti-*C. difficile* therapy. To limit the spread of *C. difficile*, care providers in the PA/LTC setting should concentrate on early detection of symptomatic patients and the consistent use of proper infection control practices, including hand washing with soap and water, contact precautions, and environmental cleaning with 1:10 dilution of sodium hypochlorite (bleach) prepared fresh daily.

9

Don't recommend aggressive or hospital-level care for a frail elder without a clear understanding of the individual's goals of care and the possible benefits and burdens.

Hospital-level care has known risks, including delirium, infections, side effects of medications and treatments, disturbance of sleep, and loss of mobility and function. These risks are often more significant for patients in the PA/LTC setting, who are more likely to be frail and to have multimorbidity, functional limitations and dementia. Therefore, for some frail elders, the balance of benefits and harms of hospital-level care may be unfavorable. To avoid unnecessary hospitalizations, care providers should engage in advance care planning by defining goals of care for the patient and discussing the risks and benefits of various interventions, including hospitalization, in the context of prognosis, preferences, indications, and the balance of risks and benefits. Advance directives such as the Physician Orders for Life Sustaining Treatment (POLST) paradigm form and Do Not Hospitalize (DNH) orders communicate a patient's preferences about end-of-life care. Patients with DNH orders are less likely to be hospitalized than those who do not have these directives. Patients who opt for less-aggressive treatment options are less likely to be subjected to unnecessary, unpleasant and invasive interventions and the risks of hospitalization.

10

Don't initiate antihypertensive treatment in frail individuals ≥ 60 years of age for systolic blood pressure (SBP) < 150 mm Hg or diastolic blood pressure (DBP) < 90 mm Hg.

There is strong evidence for the treatment of hypertension in older adults. Achieving a goal SBP of 150mm Hg reduces stroke incidence, all-cause mortality and heart failure. There is less consistent evidence that lower BP targets are beneficial for high-risk patients, especially frail patients in the post-acute and long-term care setting. Target SBP and DBP levels should be based on shared decision-making with the patient as there is data supporting benefit in treating more aggressively to a goal SBP of < 140 mm Hg in community-dwelling individuals ≥ 75 years of age with elevated cardiovascular risk. Using a reliable, representative method of taking blood pressures with special attention to orthostatic hypotension is important, as orthostatic hypotension has been associated with increased mortality and cardiovascular events. In addition, moderate or high-intensity treatment of hypertension has been associated with an increased risk of serious falls and injury in frail older adults.



TOP TEN SBGG

Recomendações Choosing Wisely Brasil da
Sociedade Brasileira de Geriatria e
Gerontologia

Não prescreva um novo medicamento sem antes realizar uma revisão criteriosa dos fármacos em uso.

Pacientes idosos usam mais medicamentos prescritos e não-prescritos que pacientes mais jovens, sendo a polifarmácia um risco independente para Reações Adversas a Medicamentos como quedas, sangramentos, declínio cognitivo e funcional. A revisão periódica da prescrição faz parte de estratégia de assistência otimizada ao idoso, permitindo identificar ativamente de forma preventiva potenciais interações farmacológicas, presença de medicamentos desnecessários ou cujos regimes de administração e dose estejam inadequados. A revisão periódica de medicamentos é um indicador de qualidade de prescrição a idosos vulneráveis.

Não indique rastreio, tratamento, ou intervenção invasiva sem antes considerar: (1) O estado funcional; (2) A expectativa de vida; e (3) O compartilhamento da decisão com o paciente ou seu representante legal.

Diante do envelhecimento populacional e das peculiaridades físicas, psíquicas e sociais que permeiam a saúde do idoso, a tomada de decisões se torna um grande desafio aos profissionais da área da saúde. Em virtude da heterogeneidade das trajetórias de envelhecimento e seus distintos espectros de vulnerabilidade, recomenda-se fortemente que não sejam indicados exames diagnósticos, tratamentos ou intervenções invasivas sem que antes haja entendimento sobre o estado funcional, a expectativa de vida e as preferências daquele paciente ou seu representante legal durante o processo de decisão compartilhada. Para tanto, sugere-se que tais entendimentos sejam apoiados pelos resultados da "Avaliação Geriátrica Ampla".

MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS: LISTA DOS MEDICAMENTOS PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

ISSN: 2317-2312 | VOLUME 5 | NÚMERO 3 | AGOSTO 2016



BOLETIM ismp Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
Brasil

Conheça e fique por dentro. Ótima leitura!

Não mantenha sondagem vesical de demora em pacientes com estabilidade clínica quando a sondagem vesical de alívio for uma alternativa plausível ou quando a indicação clínica inicial estiver em resolução.

A sondagem vesical de demora tem importante papel na clínica médica através de indicações precisas, entretanto potenciais efeitos adversos, sobretudo em idosos, devem ser considerados. Tal procedimento aumenta o risco de contaminação e infecção do trato urinário, além de contribuir para redução da mobilidade, desconforto e aumento do risco de delirium. Evidências demonstram que protocolos sistematizados que promovem a retirada precoce de SVD, reduzem substancialmente o risco de infecção do trato urinário. Portanto, sempre que a sondagem vesical de alívio for possível ou a sondagem urinária não tiver mais indicação clínica clara, não a mantenha.

Não prescreva polivitamínicos, reposição vitamínica ou hormonal em idosos assintomáticos.

Evidências científicas demonstram não haver benefício clínico do uso de polivitamínicos, suplementação vitamínica ou hormonal em indivíduos assintomáticos e sem doenças específicas causadas por deficiências clínicas de tais vitaminas ou hormônios. Não existem evidências de que tais condutas tenham ação anti-envelhecimento ou de que auxiliem o envelhecimento bem-sucedido. Além disso, alguns dos componentes desses referidos suplementos e hormônios podem causar efeitos adversos significativos, incluindo aumento da mortalidade.

Não prescreva bloqueadores da bomba de prótons de forma contínua para idosos com epigastralgia, pirose eventual, ou para proteção gástrica, sobretudo não indicar o uso crônico.

Os bloqueadores de bomba de prótons estão entre as drogas mais prescritas para idosos em todo o mundo. Seu uso crônico e sem indicação precisa está diretamente associado a desfechos indesejáveis e mal absorção de nutrientes como a vitamina B12 e ferro. Revise periodicamente a prescrição dessa classe farmacológica e a desprescreva, caso não haja precisa indicação. E, se houver indicação clara de sua recomendação, dê preferência para a menor dose efetiva e menor tempo de tratamento possível.

Não prescreva medicamentos com intuito de atingir alvos de hemoglobina glicada < 7,5% em idosos diabéticos com declínio funcional e/ou cognitivo.

O controle intensivo e rigoroso dos níveis glicêmicos em idosos pode trazer mais danos do que benefícios, em particular em indivíduos em extremos etários e naqueles com expectativa de vida limitada, portadores de multimorbidades e fragilidade. O risco de efeitos nocivos de hipoglicemia, mais comum quando se propõe tratamento intensivo, frequentemente suplanta eventuais benefícios relativos à redução de risco de infarto ou mortalidade. Alvos glicêmicos devem refletir as metas do paciente e seu estado de saúde. Propostas razoáveis seriam 7,0 - 7,5% em idosos saudáveis com expectativa de vida longa; 7,5 - 8,0% naqueles com expectativa de vida <10 anos; e 8,0 - 8,5% naqueles com múltiplas morbidades e menor expectativa de vida. A metformina deve ser considerada como primeira escolha para monoterapia na maioria dos idosos, quando o tratamento farmacológico estiver indicado, sobretudo pelo menor risco de hipoglicemia.

Não indique contenção mecânica para pacientes com sintomas comportamentais associados ao delirium, priorizando medidas não-farmacológicas e tratamentos direcionados ao fator precipitante.

Estudos demonstram que a incidência de delirium em idosos hospitalizados é elevada e associada a desfechos desfavoráveis, como aumento do tempo de internação hospitalar, declínio cognitivo pós-alta e aumento da mortalidade. O delirium hiperativo traz consigo desafios na assistência ao idoso, sobretudo no manejo de sintomas como agitação, hipervigilância e alucinações. A utilização de contenção mecânica aumenta o risco para persistência e gravidade do delirium, aumenta o risco de lesões associadas à agitação, sendo inclusive considerada um potencial fator desencadeante do delirium em si. Diante disso, recomenda-se não prescrever contenção mecânica, dando-se prioridade a medidas não-farmacológicas baseadas em manejo verbal, favorecimento de ambiente apropriado e supervisionado pelo familiar, estímulo à orientação de tempo e espaço, sobretudo com foco direcionado à identificação do fator precipitante do delirium e seu adequado manejo. Atentar para manejo apropriado da dor, retirada de tubos/sondas desnecessários, assim como verificar se há constipação intestinal ou retenção urinária.

Não recomende rastreamento para câncer de próstata, mama ou colorretal para pessoas com expectativa de vida inferior a 10 anos.

O rastreamento de neoplasias pode salvar vidas em pessoas saudáveis em situação de risco. Enquanto certos testes de rastreamento levam a redução na mortalidade específica do câncer, que surge anos após o teste ser realizado, eles expõem os pacientes a possíveis danos imediatos. Estudos mostram que pacientes com expectativa de vida menor que 10 anos não obterão benefício diante do rastreamento, assim como estão mais propensos a sofrer algum dano, pois são mais frágeis e mais suscetíveis a complicações de testes e tratamentos. A recomendação de rastreamento de câncer de próstata, mama, ou colorretal na população idosa deve ser baseada na individualização clínica e na expectativa de vida do idoso.

Não indique benzodiazepínicos ou anti-histamínicos para tratar insônia em idosos.

Estudos demonstram consistentemente que o risco de quedas e fraturas de quadril que levam à hospitalização e morte pode mais do que dobrar em idosos que tomam benzodiazepínicos e anti-histamínicos para tratar insônia. Idosos em uso desses medicamentos podem apresentar comprometimento cognitivo, sonolência, fadiga, dor de cabeça, pesadelos, transtornos gastrointestinais e agravamento de sintomas depressivos.

Não prescreva inibidores da acetilcolinesterase para tratar demência sem que haja avaliação periódica do potencial benefício e dos efeitos adversos das drogas.

Não há evidência atual de que os inibidores da acetilcolinesterase ou memantina tenham ação neuroprotetora ou que mudem a trajetória clínica da demência. Além disso, o impacto clínico desses fármacos no controle do declínio cognitivo e de sintomas comportamentais é pequeno. A resposta terapêutica é variável entre os pacientes, sendo que os efeitos colaterais podem limitar o uso contínuo ou a progressão para doses cientificamente testadas. Destacam-se entre os efeitos adversos as manifestações gastrointestinais (náusea, vômito, diarreia); anorexia e perda de peso, distúrbios do sono e quadros potencialmente graves secundários à diminuição do tônus vagal que pode gerar hipotensão, bradicardia ou síncope. Dessa forma deve-se sempre ponderar o risco e o benefício através de reavaliações regulares para melhor otimizar a prescrição desses medicamentos.

Propostas para Boas Práticas em Cuidados Paliativos Voltadas para a Pessoa Idosa

Choosing Wisely Brasil e SBGG

1. Não indique intubação orotraqueal como medida de conforto para tratar dispneia ao final da vida
2. Não implemente intervenções de reabilitação física ou psíquica para tratamento de doenças ao final da vida
3. Não institua medidas de suporte avançado de vida em pessoas com doenças incuráveis sem ter conversado previamente sobre seus valores e preferências
4. Não use oxigênio suplementar para tratar dispneia em indivíduos com a saturação adequada

SBGG-SP. GERP.19 – Propostas da *Choosing Wisely* Brasil em Cuidados Paliativos.

<http://www.sbgg-sp.com.br/pro/gerp-19-propostas-da-choosing-wisely-brasil-em-cuidados-paliativos/> , acessado em 05/08/2019.

Propostas para Boas Práticas em Cuidados Paliativos Voltadas para a Pessoa Idosa

Choosing Wisely Brasil e SBGG

5. Não indique alimentação artificial no contexto de terminalidade
6. Não prescreva infusão de líquidos por via parenteral a pacientes em processo de morrer
7. Não use laxativos emolientes ou formadores de bolo fecal em idoso com imobilismo
8. Não promova controle glicêmico rigoroso em idosos em final de vida

SBGG-SP. GERP.19 – Propostas da *Choosing Wisely* Brasil em Cuidados Paliativos.

<http://www.sbgg-sp.com.br/pro/gerp-19-propostas-da-choosing-wisely-brasil-em-cuidados-paliativos/> , acessado em 05/08/2019.

Propostas para Boas Práticas em Cuidados Paliativos Voltadas para a Pessoa Idosa

Choosing Wisely Brasil e SBGG

“Não queremos substituir diretrizes, mas gerar discussões a partir de verdades científicas. O importante é que sejamos motivados a compartilhar decisões com nossos pacientes, especialmente em diagnósticos que não têm repercussão clínica, evitar danos iatrogênicos e focar no verdadeiramente necessário”

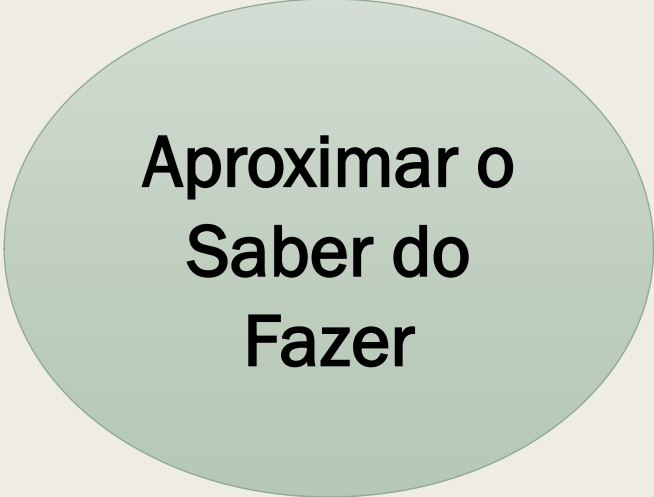
Renato Bandeira de Mello

SBGG-SP. GERP.19 – Propostas da *Choosing Wisely* Brasil em Cuidados Paliativos.

<http://www.sbgg-sp.com.br/pro/gerp-19-propostas-da-choosing-wisely-brasil-em-cuidados-paliativos/> , acessado em 05/08/2019.

Escolhas Sensatas em ILPI E a Contribuição *Choosing Wisely*

- Embasamento científico sólido
- Colaboração: rede e equipe multidisciplinar
- Compartilhamento das decisões com os pacientes
- Atitude compassiva para com os pacientes
- Estruturação do cuidado e mensuração de resultados



**Aproximar o
Saber do
Fazer**

Obrigado!

marcopolo@unb.br



10° COGER

CONGRESSO CENTRO-OESTE DE
GERIATRIA E GERONTOLOGIA

19 a 21 de Setembro de 2019

AMBR, Brasília - DF