

Dispneia

Ana Paula Mansano dos Santos

Cuidados Paliativos

2011

Conceito

- ✓ **“Sensação subjetiva desconfortável de percepção da respiração ou receio de não conseguir respirar ou avidez por ar”**

Prevalência

- ✓ 21 a 90% pacientes com neoplasia (com ou sem envolvimento pulmonar)
- ✓ 24% sem doença cardiopulmonar

Princípios de controle de sintomas

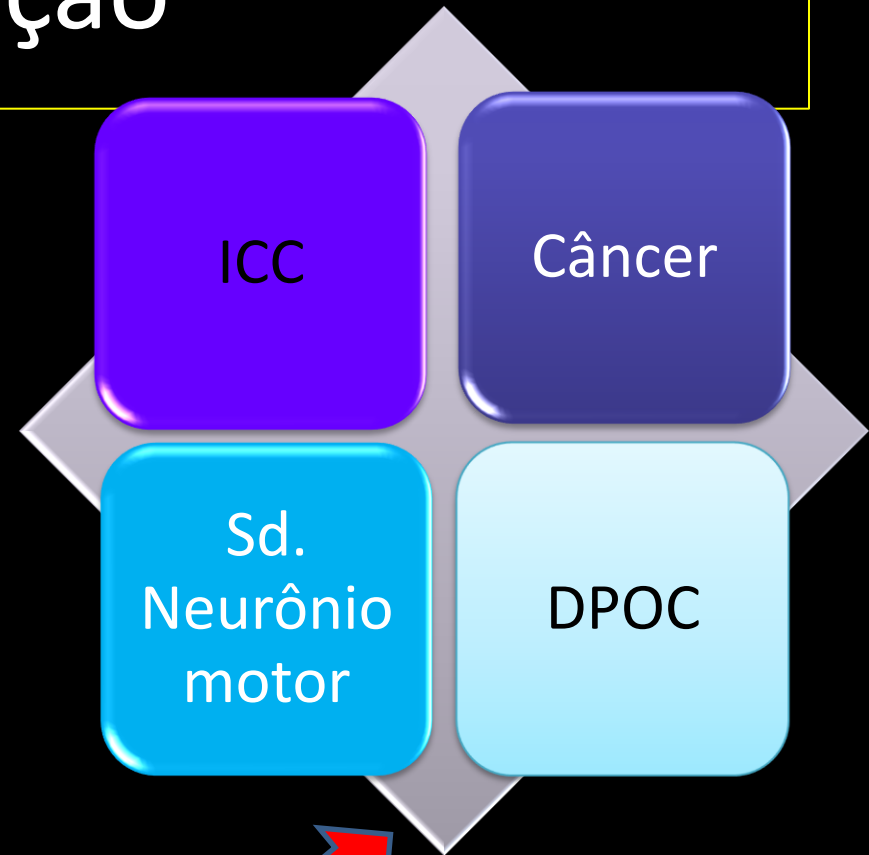
- ✓ Avaliar
- ✓ Explicar
- ✓ Corrigir o corrigível
- ✓ Reavaliar
- ✓ Atenção aos detalhes

Avaliação da dispnéia

- 33 escalas
- Unidimensionais
- Aspectos a serem avaliados:
 1. Intensidade e características
 2. Impacto na funcionalidade de vida
 3. Resposta à terapêutica

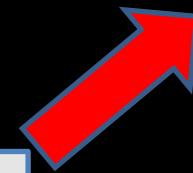
Avaliação

- ✓ Intensidade
- ✓ Característica
- ✓ Evolução temporal
- ✓ Fatores de melhora
- ✓ Disparadores
- ✓ Resposta a intervenções
- ✓ Componente emocional



Reversível?

Tratamento específico?

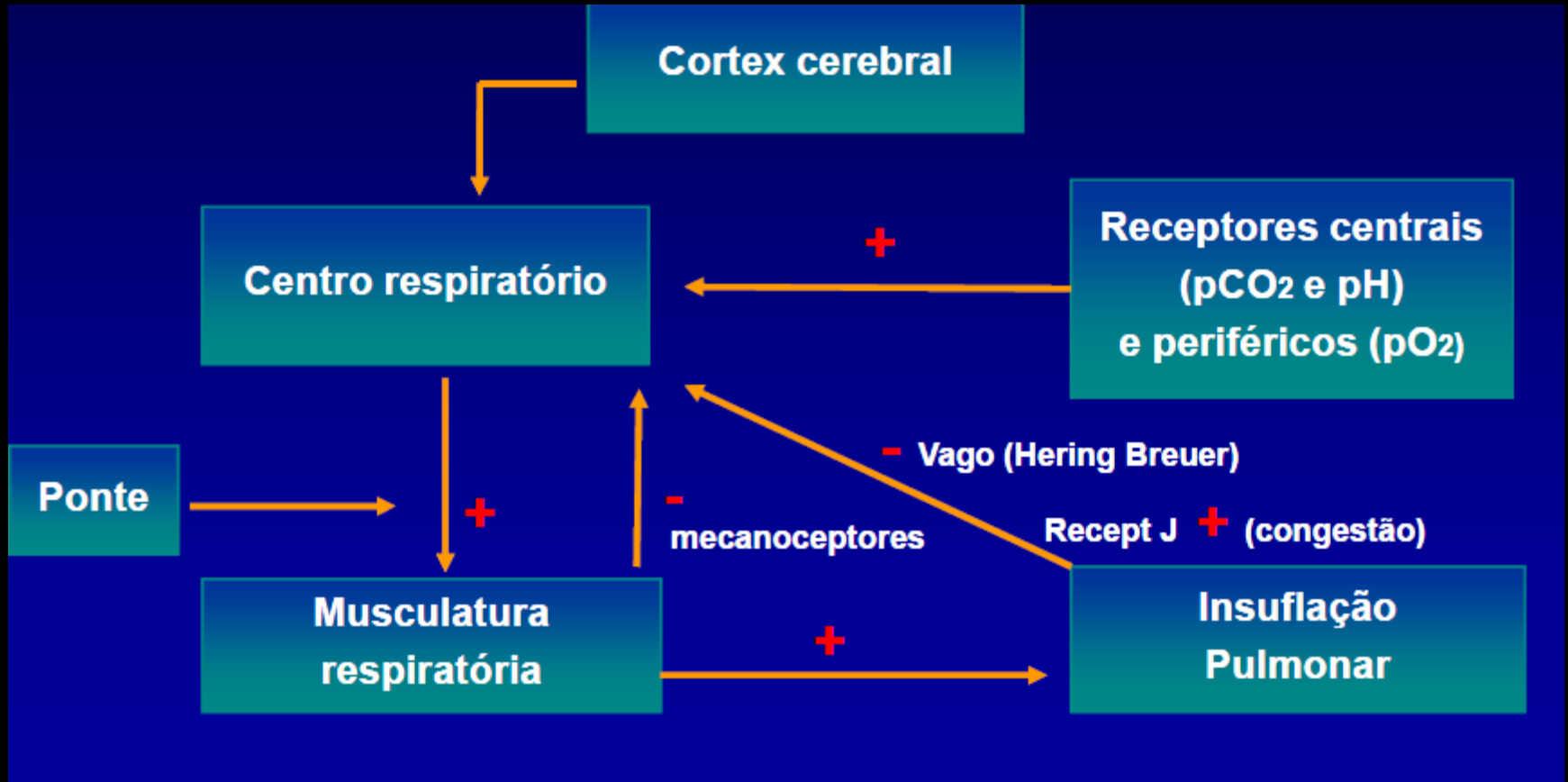


Fisiopatologia

Explicar:

- ✓ **Quimiorreceptores**
- ✓ **Mecanorreceptores**
- ✓ **Impulsos aferentes e eferentes**
- ✓ **Integração do sinal do SNC**

Fisiopatologia



Dispneia - Mecanismo

- ↑ **esforço respiratório de causa mecânica**

- Derrame pleural
- Obstrução na via aérea
- D. pulmonar restritiva

- ↑ **na proporção do uso da musculatura**

- fraqueza neuromuscular
- caquexia

- ↑ **demanda ventilatória**

- Hipoxia
- Hipercapnia
- Anemia
- Acidose metabólica

Síndromes Respiratórias

Etiologia (Câncer)

- **Diretamente relacionada à presença de tumor**

- massa pulmonar
- obstrução de via aérea
- derrame pleural

- **Indiretamente relacionada à presença de tumor**

- caquexia
- anemia
- infecção
- TEP

Relacionada ao tratamento do tumor

- Pneumonite por RT
- Fibrose pulmonar por QT
- Outras causas
 - DPOC
 - ICC, etc

Qual a conduta?

Causas

Derrame Pleural

TEP

Obstrução na via aérea

Linfangite carcinomatosa

Infecção respiratória

Anemia

Edema pulmonar

Manejo

- **Punção, drenagem pleurodese**
- **Anticoagulação**
- **Radioterapia**
- **Laser**
- **Stents**
- **corticoides (dexa 8-12mg/d**
- **Antibióticos**
- **Sangue**
- **Diuréticos**

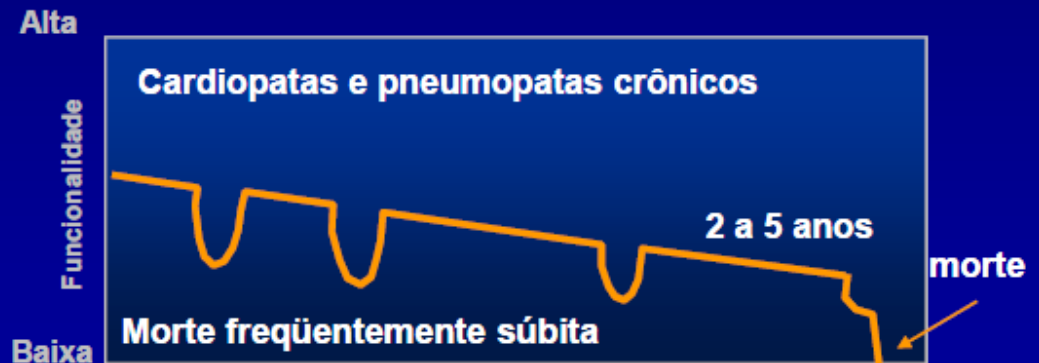
Avaliação individual ao paciente

História Natural

Declínio rápido e evidente



Limitações a longo prazo com agudizações graves



Tratamento da dispnéia

“ American College of Chest Physicians Position Statement”

Chest 2005; 128:359

Terapêutica da Dispnéia (paliativa)

- Opióides
- Ansiolíticos
- Oxigênio
- Tratamento não farmacológico

Luce M. J JAMA 2001; 285 : 1331-37

• **Ventilação não Invasiva**

- Controvérsia
- Desconforto ?
- para quem ?

detalhe!!

Opióides

- Mecanismo de ação desconhecido
- Receptores SNC, árvore pulmonar, alvéolos

Depressão respiratória:

- ↓ Sensibilidade dos receptores (centrais ?)
a hipoxia e hipercapnia

- ↓ Sensibilidade mecanoreceptores

↑ Refl. Hering Breuer

?

Opióides e respiração

- ✓ Efeito depressor:
- ✓ Mais comum em pacientes não usuários crônicos
- ✓ Causa -> ?
- ✓ -> alteração sensibilidade dos receptores
- ✓ Presença de dor (CONTRAPONTO)

Dispneia leve

- ✓ Pacientes “virgens de tratamento”:
codeína 30 mg VO 4/4h

Dispneia grave

- “Virgens de tratamento”
 - ✓ morfina 5mg VO 4/4h
 - ✓ oxycodona
 - ✓ resgates s/n
 - ✓ titular doses (50 a 100% em 24h)
DPOC (1/2dose)

Dispneia grave

- ✓ Paciente tolerante ao opióide:
- ✓ Dose inicial 25 a 50% maior
- ✓ Resgates s/n

Uso de opióides

- Evidências

- ✓ Opióide VO e parenteral

- ✓ ~~Opióide inalatório~~

- Jennings AL - Thorax 2002 ; 57: 939-44

- Joyce M Oncol Nurs Fórum 2004; 31:551-61

- Efeitos adversos

- ✓ = ao tratamento da dor

- ✓ Alteração saturação de O₂??

Evidências

- Críticas
 - ✓ Diferentes populações
 - ✓ Diferentes doses
 - ✓ Diferentes vias de administração
 - ✓ Diferentes formas de avaliar resultados
 - ✓ Diferentes doenças analisadas

Ansiolíticos

- “Componente emocional”
- Midazolam 5 - 10 mg em 24h (parenteral)
- Uso associado aos opióides = opióide isolado
- Melhora tolerância ao esforço?



~~saturação de O2 = seguro~~

Outros ansiolíticos

- Lorazepam 0,5 a 1 mg VO/h até a melhora e depois manter de horário (4 a 6h)
- Diazepam 5 a 10 mg VO/h até a melhora e depois manter a cada 6 a 8 h

Uso de O2

- Indicado em paliativos por consensos:

- **Kvale e cols , 2003**
- **Storey and Knight, 2003**
- **Booth e cols, 2004**

- **58 % paliativistas e pneumologistas
(Austrália e Nova Zelândia)
Indicação principal - Dispneia refratária
(Albernethy e cols Palliat Med 2005 19:168-70)**
- **Experiência canadense
(Stringer e Cols / J Palliat. Care 20:303-307)**

Prática X evidência

- ✓ Prescrição fútil ?
- ✓ Redução da qualidade de vida
- ✓ Lesão mucosa nasal / epistaxe
- ✓ Aumento de \$\$

40% pacientes com O2 domiciliar não tem indicação baseada em critérios protocolados para ressarcimento. (Canadá)

Chest 2000; 118:1303-8

Pacientes com câncer

✓ Possível benefício = saturação < 90 %

Pacientes com Câncer (Br J Cancer 2008;98:294-99)

5 artigos (n = 14 - 51 pacientes)

- **Melhora da dispnéia com O2 e ar comprimido (4 estudos)**
- **Melhora da dispnéia só um O2 (1 estudo – n =14)**
- **Pacientes com Sat. O2 <90% (3 estudos)**

Ventilação não invasiva

- ✓ Insuficiência respiratória aguda
- ✓ Uso paliativo??
- ✓ Alívio de sintomas X
prolongamento desconfortável da
morte

É ético?

VNI

- ✓ pacientes com “ordem de não entubar”?
- ✓ DPOC?
- ✓ ICC?
- ✓ diagnósticos diferentes, respostas diferentes??



Individualizar

Estudo

Schettino (CCM 2005;33:1976 - 82)

- Observacional
- VNI em paciente “ DNI”
- 131 pacientes.

Mortalidade

- 37,5% - Exacerbação DPOC
- 39% - EAP cardiogênico
- 86% - I. Respiratória hipoxêmica
- 85% - Câncer

Estudo

Complicação - 6 casos (5%)

- 1 distensão e vômitos
- 5 instabilidade hemodinâmica

Fatores preditivos

- SAPS II alto
- Albumina $\leq 2,5$

Fatores prognósticos

Boa
resposta a
VNI



Informar
família e
paciente



Decisão

- **APACHE / SAPS menores**
- **↓ escape ar**
- **Melhorar coordenação respiratória**
(CCM 1994; 27:417-34)
- **menos hipercapnia**
- **menos acidose respiratória**
- **APACHE menor**
- **Melhor status neurológico**
- **Ausência BCP**
(Tórax 1995;50: 755-57)
- **Diagnóstico ICC ou DPOC**
- **PCO2 > (** + DPOC e ICC no estudo)**
- **+ alertas**
- **> Capacidade de tossir e mobilizar secreção**
(CCM 2004; 32: 2002-7)

Tratamento não farmacológico

- ✓ Avaliação do doente e postura calma
- ✓ Apoio psíquico, social, espiritual
- ✓ Exercícios respiratórios
- ✓ Planejamento de atividades
- ✓ Contenção de energia
- ✓ Relaxamento
- ✓ Posicionamento no leito
- ✓ Acupuntura
- ✓ Atenção e escuta ativa
- ✓ Aspirar? Se sim, resgate antes!

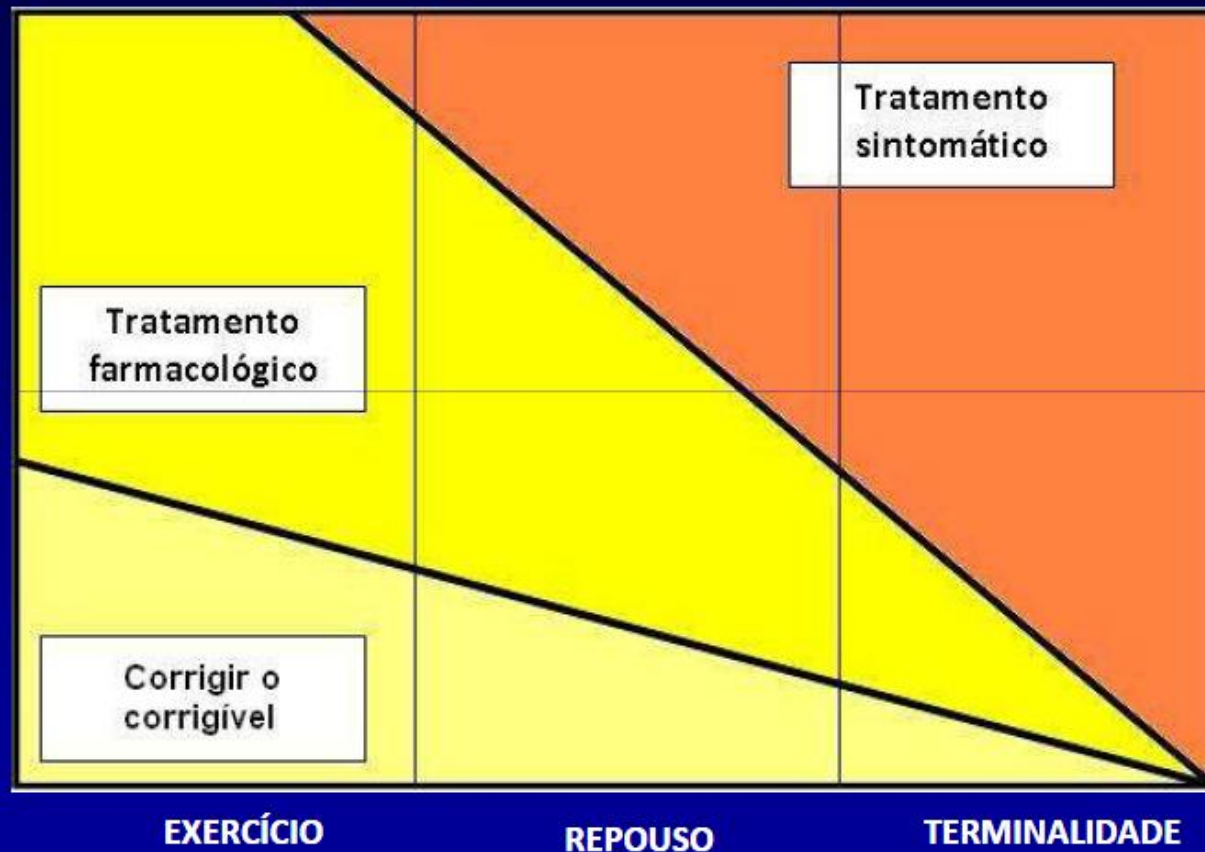
Fase final

- ✓ Apoio familiar
- ✓ Anticolinérgicos
- ✓ Antibióticos?
- ✓ Aspiração?
- ✓ VNI?
- ✓ Opióides
- ✓ Ansiolíticos
- ✓ Sedação paliativa

Dispneia

Dispneia

Evolução
do
Tratamento



A. Wilcock