

10. ABORDAGEM AO PACIENTE COM DISPNEIA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

É a sensação de falta de ar, com respiração difícil ou desconfortável.

Determinar se há história de episódios prévios e quais as características destes episódios.

Observar sinais de fadiga respiratória tais como o uso de musculatura acessória, cianose, respiração paradoxal.

Monitorizar oximetria de pulso.

Entrar em alerta caso a saturação seja menor que 92% (a saturação normal é superior a 95% em ar ambiente).

Perguntar ao enfermo quando o quadro iniciou-se.

b. CAUSAS

Obstrução de vias aéreas baixas: asma e DPOC.

Obstrução de vias aérea altas: corpo estranho, angioedema e hemorragia.

Insuficiência cardíaca.

Insuficiência coronariana: angina instável e IAM.

Pneumonia.

Pneumotórax hipertensivo.

Embolia pulmonar.

Doença neuromuscular: Miastenia Gravis e Guillain-Barré.

Etiologia dos distúrbios respiratórios

CAUSAS DE DISPNEIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO FOCAL
Obstrução de Vias Aéreas		
CORPO ESTRANHO	Início súbito durante a alimentação Sensação de corpo estranho	Respiração ruidosa em obstrução parcial Incapacidade de emitir sons (falar ou tossir)
INFECÇÃO	Início gradual Dor à deglutição	Febre Dificuldade para abrir a boca
ANAFILAXIA	Início súbito após medicação, alimentos ou picada de inseto	Urticária, edema da língua e lábios Respiração ruidosa, broncoespasmo, hipotensão arterial
Causas Respiratórias		
ASMA	Início súbito, história de tratamento de asma	Tosse, sibilos, prolongamento da expiração
DPOC	Início gradual, história de tratamento de bronquite ou enfisema, tosse crônica produtiva. Tabagismo	Enfisema: Tórax em tonel Tosse, sibilos, prolongamento da expiração
PNEUMONIA	Início gradual, dor pleurítica, febre, tosse	Febre, taquicardia, taquipnéia, estertores crepitantes e roncos
PNEUMOTÓRAX	Início súbito, dor pleurítica	Redução do MV no hemitórax afetado, timpanismo à percussão
EMBOLIA PULMONAR	Início súbito, dor pleurítica, história de cirurgia recente ou imobilização, uso de anticoncepcionais orais	Tosse, hemoptóicos, dor torácica Síncope
Causas Cardíacas		
GERAIS	Diagnóstico prévio de doença cardíaca História prévia de dor torácica tipo anginosa	Estertores crepitantes nas bases pulmonares

c. CONDUTA

Ter certeza que as vias aéreas estão abertas e que a respiração está adequada.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório com fluxo de 10 a 15 l/min.

Obter acesso venoso periférico.

Assistir respiração com BVM – bolsa-válvula-máscara – se indicado.

Manter saturação > 90%.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva e oxímetro de pulso.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Colher sangue venoso para dosagem de: hemograma, glicemia, creatinina, uréia, troponina, TAP e PTT.

Colher gasometria arterial.

Radiografar tórax de pacientes descompensados no leito.

Aplicar CPAP sob máscara em pacientes colaborativos.

Intubar imediatamente pacientes com nível de consciência deprimido (Glasgow \leq 8), instabilidade hemodinâmica ou fadiga extrema.

Empregar broncodilatadores por via inalatória para reverter broncoespasmo.

Evitar a aminofilina devido a seu alto potencial de toxicidade.

Iniciar ventilação assistida caso necessário.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Reavaliar o nível de consciência, ABC e sinais vitais a cada 5 minutos no mínimo.

Permitir ao paciente que assuma posição de conforto, geralmente o paciente vai optar por ficar semi-sentado. Não obrigar o paciente a deitar.

Estar preparado para lidar com parada cardíaca ou respiratória.

Tratar a causa específica.

Transferir o enfermo para unidade hospitalar em ambulância avançada.

d. CONDUCTA

Identificar rapidamente ameaças de risco a vida.

Avaliar o nível de consciência.

Lembrar que quadros de confusão mental, agitação, sonolência e coma, podem decorrer da falta de oxigênio no cérebro ou do acúmulo de CO₂ na circulação.

Observar o tórax para avaliar a presença de respiração espontânea.

Iniciar a assistência ventilatória com BMV e oxigênio caso indicado.

Administrar oxigênio sob máscara 10-15 l/min se o paciente apresentar respiração espontânea.

Determinar o padrão respiratório: a respiração agônica é o padrão respiratório mais importante a ser reconhecido, pois não é capaz de sustentar a vida. As respirações agônicas são lentas e superficiais e associam-se ao estágio final de colapso circulatório e a má perfusão do tronco cerebral.

Avaliar a presença de obstrução de vias aéreas superiores, são sinais de obstrução incompleta de vias aéreas estridor e prolongamento da inspiração. A obstrução completa de vias aéreas altas caracteriza-se por respirações paradoxais (retrações intercostais inspiratórias), cianose, afonia, ausência de ruídos respiratórios.

Verificar se a respiração é adequada quanto a frequência e profundidade. A bradipnéia pode ser adequada na presença de respiração profunda. A taquipnéia em adultos é definida como FR maior que 20/min e a bradipnéia com a FR menor que 10/min.

CUIDADOS

As emergências respiratórias podem evoluir de um pequeno desconforto ao risco de vida em questão de minutos. A frequência respiratória do paciente e o esforço respiratório indicam a gravidade do problema.

Diagnóstico diferencial da etiologia dos distúrbios respiratórios

CONDIÇÃO	HISTÓRIA	SINTOMAS	SINAIS	RX DE TÓRAX	LABORATÓRIO
TÓRAX INSTÁVEL	Trauma	Dor com a respiração	Respiração paradoxal	Fratura de arco costal	
FRAQUEZA MUSCULAR	Início gradual	Fraqueza de outros músculos		Normal	
PNEUMOTÓRAX	Início súbito, às vezes trauma	Tosse e dor pleurítica comuns	MV diminuído Timpanismo	Colapso pulmonar. Se hipertensivo há desvio do mediastino	
DERRAME PLEURAL	Início gradual	Dor pleurítica e dispnéia	MV diminuído Maciez à percussão		
ATELECTASIA	Início variável	Dor pleurítica e dispnéia, às vezes febre	MV diminuído Maciez à percussão		
EDEMA PULMONAR	Evolução em horas ou dias	Tosse, dispnéia de esforço, ortopnéia	Estertores bibasais, às vezes sibilos	Infiltrados alveolares bilaterais, às vezes simétricos	
PNEUMONIA	Evolução em horas ou dias	Febre, tosse, expectoração e dor pleurítica	Estertores na área afetada, febre	Infiltrados alveolares	Leucocitose Leucócitos e bactérias no escarro
ASPIRAÇÃO	Início súbito, associado com redução do sensorio	Tosse	Vômito no tubo endotraqueal	Normal ou infiltrado	
OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS	Súbita	Respiração ruidosa, afonia	Estridor inspiratório	Rx de pescoço pode ser útil	
ASMA	Ataques prévios	Tosse	Tosse, sibilos	Hiperinsuflação	
DPOC	Dispnéia prévia	Tosse	Sibilos, hiperinsuflação	Hiperinsuflação, às vezes pneumonite	
EMBOLIA PULMONAR	Início súbito	Tosse, dor pleurítica, hemoptise	Taquicardia, às vezes sinais de Cor Pulmonale Agudo	Geralmente normal, às vezes infiltrados ou atelectasia	D-Dímero
ACIDOSE METABÓLICA	Início gradual	Taquipnéia, desconforto respiratório	Hiperventilação	Normal	pH sérico e bicarbonato baixos
PSICOGÊNICA	Ataques prévios comuns	Taquipnéia, ansiedade	Algumas vezes tetania	Normal	Alívio com sistema de reinalação (bolsa de papel)