PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde

UNIDADE 3

Quando falta o fôlego

Conteudista - Nancy Cristina Baumgartner Fernandes de Barros

Equipe de revisão técnico-científica
Cecília Nogueira Valença Eva Emanuela Lopes Cavalcante Feitosa José Adailton da Silva Laianny krizia maia Pereira Lyane Ramalho

PEPSUS
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Unidade 3: Quando falta o fôlego

Continuando nossos estudos sobre as principais urgências e emergências que são atendidas na APS, encontramos as doenças ou afecções respiratórias como queixas bem comuns. Nesta unidade, iremos aprender mais sobre o manejo da pneumonia adquirida na comunidade, das crises asmáticas e da DPOC exacerbada.

Aula 1: Pneumonia adquirida na comunidade e crise asmática

Nesta unidade, iremos nos deter às doenças pulmonares que mais comumente levam as pessoas a procurarem auxílio médico com queixa de dispneia. Para isso, iniciaremos revisando esse sintoma.

Glossário

Dispneia A dispneia, também conhecida como falta de ar, é uma sensação subjetiva de desconforto respiratório.

A dispneia pode ser resultado da ativação de várias vias, seja por aumento do esforço respiratória, seja por alterações do parênquima pulmonar, entre outros. Sendo assim, diante de um quadro de dispneia, a propedêutica será guiada pela hipótese diagnóstica considerando os sintomas associadas e os sinais decorrentes da doença de base.

A etiologia da dispneia abrange uma vasta gama de patologias que variam de processos leves e autolimitados até condições com risco de vida. As doenças dos sistemas cardiovascular, pulmonar e neuromuscular são as etiologias mais comuns.

Nesta unidade, iremos nos deter às doenças pulmonares que mais comumente levam as pessoas a procurarem auxílio médico com queixa de dispneia. Vamos iniciar analisando o seguinte caso:

> *Francisco, 66 anos, tabagista, com várias comorbidades (diabetes, hipertensão, doença coronariana) compareceu à unidade de saúde queixando-se de "dificuldade de respirar". O sintoma teve início há umas 12 horas. Há dois dias apresenta tosse produtiva com expectoração purulenta, constrição torácica e febre.*
> *Exame físico: paciente consciente e orientado. Tax = 38,3oC, PA = 150x95mmHg, FC = 85bpm, FR = 20ipm, Sat O2: 95% em repouso. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular com estertores em base esquerda.*

Já sabemos que a avaliação e o tratamento da dispneia devem ser direcionados pelo quadro clínico, pelos achados na história e no exame físico, e pelos resultados de investigações preliminares. No entanto, na atenção primária, é importante avaliar os sinais de gravidade que indicarão o encaminhamento do paciente para uma unidade de urgência.

No caso do Sr. Francisco vemos que, por suas comorbidades, é um paciente que precisa de avaliação médica para o mesmo turno, mas que, a priori, não necessitará ser encaminhado para o serviço de emergência.

O quadro clínico do Sr. Francisco é compatível com pneumonia adquirida na comunidade (PAC).

Mas como se chegou a essa conclusão? Quando pensar em PAC ao deparar-se com paciente com dispneia?

Na PAC a dispneia tem início gradual e é acompanhada de tosse, febre e dor pleurítica. No exame físico pode haver estertores, creptações pulmonares, sopro tubáreo e pecterilóquia.



Pneumonia Adquirida na Comunidade

A pneumonia adquirida na comunidade é uma doença inflamatória aguda de causa infecciosa que acomete o trato respiratório inferior de indivíduos fora do ambiente hospitalar ou que surge em até 48h de internação hospitalar.

É importante diferenciar a PAC de pneumonia hospitalar, tendo em vista a diferença de agentes microbianos causadores, com consequente mudanças da antibioticoterapia empregada.

Quais os principais agentes etiológicos da PAC?

As infecções por bactérias ou vírus respiratórios são as principais causas de PAC. *Streptococcus pneumoniae* (o pneumococo) é o patógeno causador mais comum, mas algumas bactérias atípicas também são frequentes, a saber, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae e Legionella pneumophila.

Em relação às infecções virais, o vírus da gripe (influenza) A/B, o vírus sincicial respiratório, o adenovírus, o rinovírus e o vírus da parainfluenza são as causas virais mais comuns de PAC em adultos imunocompetentes.

Como fazer o diagnóstico de PAC?

O diagnóstico é clínico e radiológico.

Num quadro clínico de tosse, febre, expectoração, dor torácica e dispneia, a pneumonia deve sempre fazer parte do diagnóstico diferencial. Mas só pela clínica não se consegue ter certeza do diagnóstico. Ao se realizar o exame físico, os achados característicos permitem uma probabilidade maior de fechar o diagnóstico, mas ainda assim não chegamos a 100% de certeza. O contrário também ocorre, pois um exame físico normal não exclui pneumonia com certeza.

Atenção especial deve ser dada aos pacientes idosos, pois apresentam poucos sintomas, podendo apresentar apenas confusão, de modo que muitas vezes falta febre ou mesmo tosse. Os sinais e os sintomas no idoso podem ser sutis, surgindo apenas sonolência, anorexia, quedas ou descompensação de alguma doença de base.

A seguir temos os sintomas presentes num quadro de pneumonia:

- Tosse (82%)
- Febre (78%)
- Dispneia (50%)
- Dor torácica pleurítica
- Adinamia.

Principais achados no exame físico: o achado clássico é o de síndrome de condensação. Nesta temos:

- Frêmito toracovocal aumentado à palpação;
- Macicez ou submacicez à percussão;
- Murmúrio vesicular diminuído com crepitações (estertores), além de sopro tubário à ausculta;
- Broncofonia, egofonia e pectorilóquia afônica à ausculta.

O que pode ser visto da radiografia de tórax?

O padrão radiológico mais frequente é a opacidade alveolar, homogênea, com broncograma aéreo, caracterizando uma imagem de consolidação, porém outros padrões radiológicos também podem estar presentes. Após diagnóstico da pneumonia, é necessário avaliar sua gravidade para decidir se poderemos tratar o paciente de forma Ambulatorial ou se ele precisará de internação.

Existem vários escores que podem ser utilizados para esse fim; a maioria utiliza critérios laboratoriais. Tendo em vista que a maioria dos locais de atendimento de atenção primária não dispõe desses recursos, o escore CRB-65 pode ser realizado.

Como aplicar o CRB-65?

Um escore bastante usado em unidades de emergência é o CURB-65, que se baseia em fatores simples para estratificar os doentes de acordo com o risco crescente de mortalidade: quanto maior o escore, maior o risco.

Posteriormente, foi visto que um havia um padrão semelhante de mortalidade quando eram usados apenas os parâmetros clínicos, o que resultou no escore CRB-65, que utiliza a mesma pontuação excluindo-se o parâmetro da ureia, sendo, portanto, mais adequado para utilização na APS. Recomenda-se tratar Ambulatorialmente os pacientes com escore 0 ou em que só a idade pontue, considerar internação os com escore 1 e 2 e internar os escores 3 e 4.

Outros fatores devem ser levados em consideração, tais como comorbidades e fatores socioeconômicos. Voltando para o nosso caso inicial vemos que:

C – Paciente sem confusão mental – Pontuação: 0

R – Fr = 20, portanto, < 30 – Pontuação: 0

B – PA 150x95mmHg , portanto, PAS >90 e PAD >60 – Pontuação: 0

65 – Idade = 66, portanto > 65 – Pontuação: 1

No caso do Sr. Francisco apenas a idade pontuou, o que significa que ele pode ser tratado Ambulatorialmente.

Adulto condição clínica/comorbidade	Antibiótico inicial
Previamente hígido, sem fator de risco para pneumococo resistente	Azitromicina (500mg, 24h/24h) Claritromicina (500mg, 12h/12h) Eritromicina (500mg, 6h/6h) Tratamento por sete dias
Presença de comorbidades, uso de antibióticos nos últimos três meses, fator de risco para pneumococo resistente, regiões de alta prevalência de pneumococo resistente aos macrolídeos. Obs.: Comorbidades: doenças crônicas de coração, pulmão, fígado e rim, diabetes,	Betalactâmico + macrolídeo Amoxicilina doses altas (1g, 8h/8h) Amoxicilina-clavulanato (1g, 12h/12h) + Azitromicina (500mg, 24h/24h) Claritromicina (500mg, 12h/12h) Eritromicina (500mg, 6h/6h) Tratamento por sete a dez dias

Quadro 1 – Posologia dos principais antimicrobianos para tratamento Ambulatorial de adultos
Fonte: BRASIL, 2013.

Tratamento da PAC

O tratamento da PAC consiste em início de antibioticoterapia empírica (pois para a maioria dos pacientes não é possível definir o agente etiológico no momento da decisão terapêutica) e medidas de suporte.

Crises asmáticas

A asma é uma afecção recorrente em nossa realidade e pode ser diagnosticada através da clínica. Você que atua na APS possivelmente já se deparou com uma criança com crises de asma. Nos adultos a asma é menos prevalente, mas também tem sua importância. A asma tem prevalência nacional de 4,4% em adultos e cerca de 20% em crianças e adolescentes.

O que é asma?

A asma se caracteriza por apresentar exacerbações de dispneia, tosse, sibilos e hiperresponsividade das vias aéreas. É uma doença crônica de natureza inflamatória. Na maioria dos casos, o quadro é reversível, mas em alguns casos pode ser fatal. As exacerbações podem ser progressivas ou agudas.

Geralmente, a asma se exacerba em decorrência de uma infecção viral, mas pode ser precipitada pela exposição a alérgenos e mudanças climáticas. Além disso, algumas medicações como ácido acetilsalicílico e betabloqueadores, estresse emocional e exercício físico podem ser a causa da exacerbação da asma.

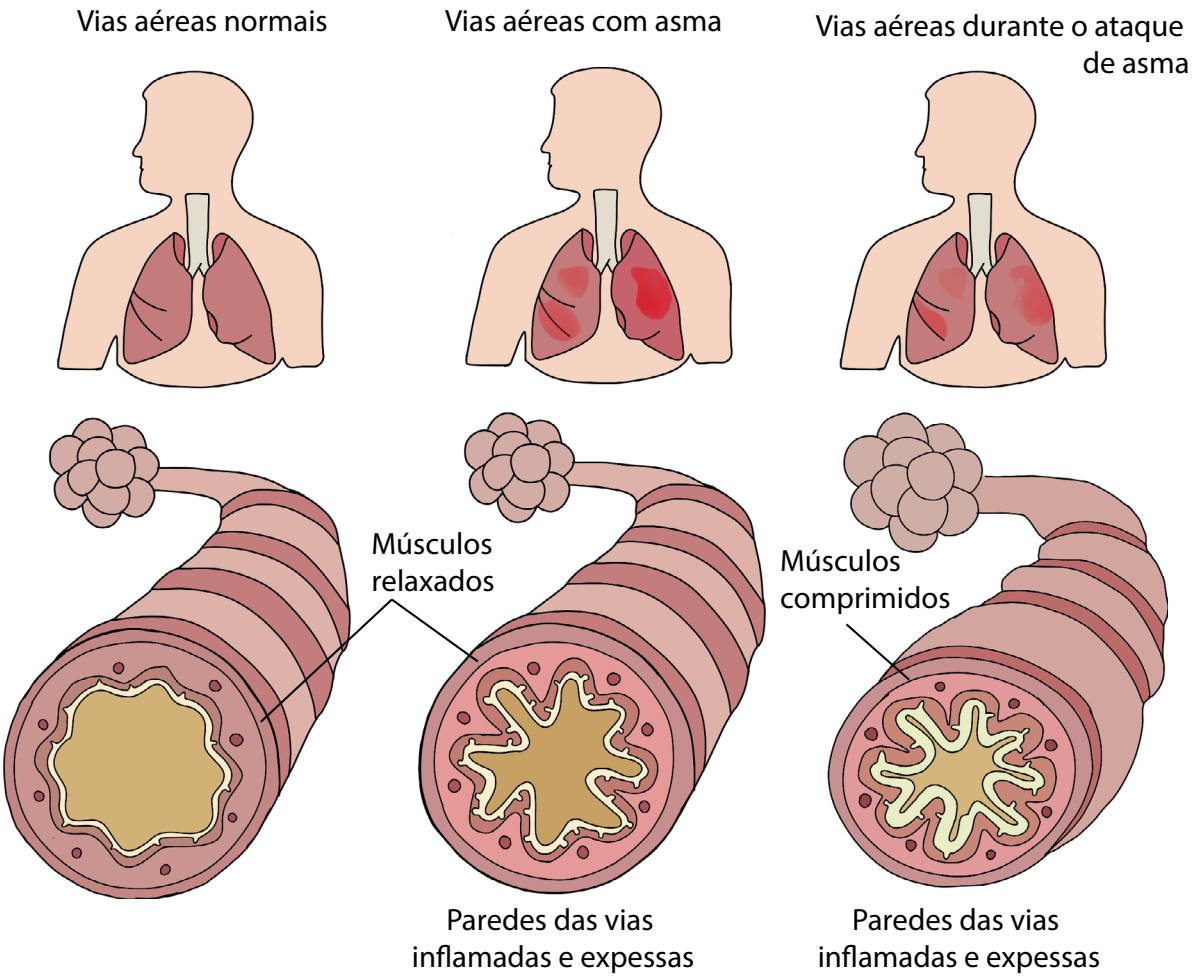


Figura 12 - Anatomia da asma

Clínica

A maioria dos pacientes acometidos apresentam pelo menos um dos três sintomas a seguir: dispneia, desconforto torácico ou sibilância. Podem ainda ser acompanhados de tosse. O paciente caracteriza a dispneia da exacerbação da asma como a “dificuldade de puxar o ar”.

Esses sintomas descritos geralmente pioram à noite ou no início da manhã e variam com o tempo em intensidade.

Na história clínica, podem-se encontrar fatores de risco para evolução desfavorável ou um episódio de exacerbação da asma potencialmente mais grave, como, por exemplo: necessidade de UTI ou intubação prévia; episódio de exacerbação grave anterior, cujo aparecimento foi súbito; paciente com má percepção dos sintomas; paciente que apresenta piora

clínica rápida; uso de mais de 2 frascos de betaagonista/mês; tratamento inadequado (não prescrição, baixa adesão, técnica de uso incorreta); presença de comorbidades (cardiovasculares ou DPOC); necessidade de internamento ou visita à unidade de pronto atendimento no último ano; doença psiquiátrica associada; uso de corticoide oral.

O exame físico é de suma importância na avaliação da exacerbação da asma. Achados que indiquem obstrução geralmente são confiáveis, entretanto, a ausência desses sinais não pode ser considerada como excludente. Uma insuficiência respiratória ocasionada por obstrução grave ao fluxo aéreo pode cursar com ausculta sem ruídos adventícios e murmúrio vesicular diminuído, por exemplo. Além disso, o exame físico deve ser usado para classificar a exacerbação.

	Grave	*Leve a Moderado*
Estado Geral	*Pode apresentar cianose, sudorese, exaustão.*	*Sem alteração*
Estado Mental	*Agitado*	*Normal*
Fala	*Fala frases curtas ou incompletas*	*Frases completas*
Musculatura Acessória	*Uso de musculatura acessória*	*Não usa*
Frequência Respiratória	*FR >30 irem*	*Até 30 irem*
Frequência Cardíaca	*>120 bpm*	*Até 120 bpm*
SatO2	*<90%*	*90% ou mais*
PFE	*50% ou menos do previsto*	*>50%*

Quadro 2 – Crise asmática com estágios de gravidade

Fonte: BRASIL, 2013.

É bom atentar para critérios de pior prognóstico: sonolência, confusão mental e tórax silencioso.

Tratamento

Beta-2-agonistas

O Uso de Beta-2-agonista é o principal tratamento no manejo da exacerbação da asma e deve ser prescrito assim que diagnosticada. Deve ser feito em doses sequenciais, visto que dessa forma gera melhor benefício ao paciente. O Beta-2-agonista mais utilizado é o fenoterol, embora tenha mais efeitos adversos, que são dose-dependentes (palpitação, tremores, taquicardia, ansiedade e hipocalemia). Uma alternativa é o salbutamol.

Anticolinérgicos

O anticolinérgico possui efeito aditivo ao Beta-2-agonista e deve ser usado em casos de exacerbações graves. Pode ainda ser considerado em casos de não resposta ao tratamento em crises leves ou moderadas. O ipratrópio deve ser usado na dose de 0,5mg (40 gotas).

Corticoide

As evidências mostram o benefício do uso do corticoide oral na crise asmática, pois seu uso atua na resolução mais rápida da obstrução ao fluxo aéreo, e ainda diminui a taxa de recidiva. Deve ser prescrito quando diagnosticada a crise e de preferência por via oral. O corticoide de escolha é a prednisona ou prednisolona.

Oxigênio

Deve ser utilizado para manter a saturação do paciente acima de 93%.



Aula 2: DPOC Exacerbada

DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) é uma doença comum, prevenível e tratável caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação ao fluxo aéreo, que é devida a alterações nas vias aéreas e nos alvéolos causadas por exposições significativas a partículas e gases nocivos. (GOLD, 2017)

A limitação do fluxo de ar é produzida por doença obstrutiva das vias aéreas (bronquite obstrutiva crônica) e por destruição do parênquima pulmonar (enfisema), sendo que a contribuição de cada um desses mecanismos varia de pessoa para pessoa.

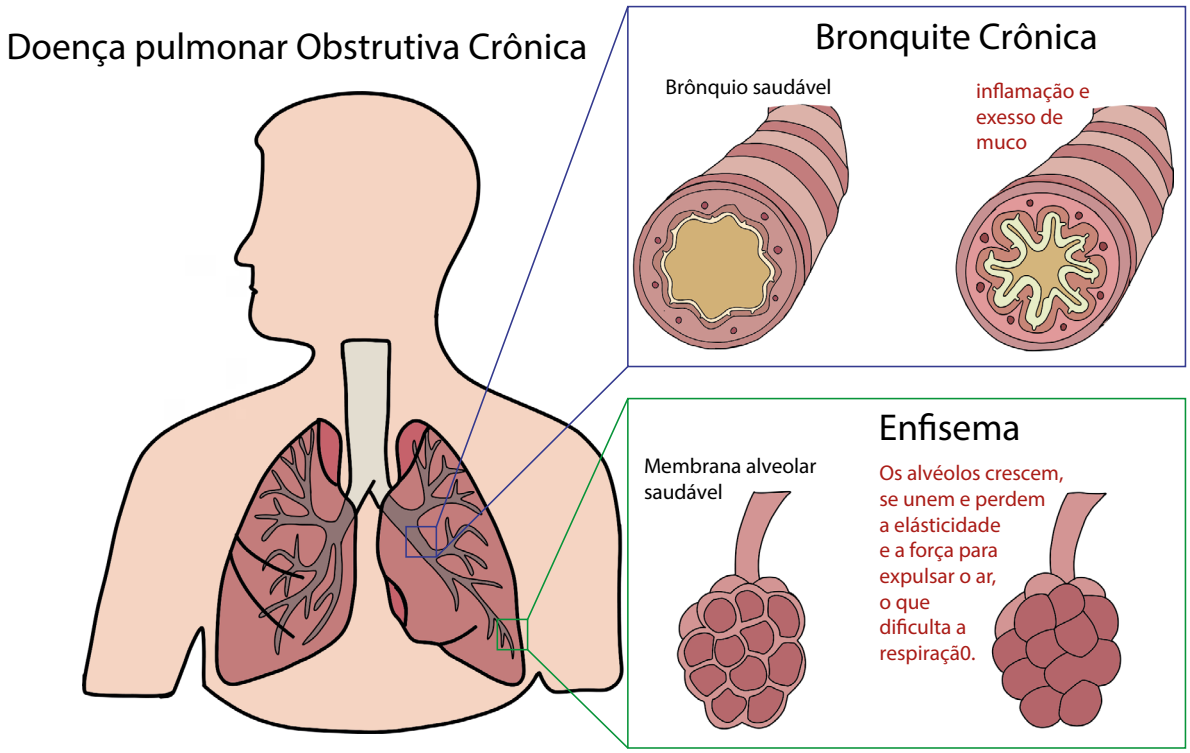


Figura 13 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

O principal fator de risco para a DPOC é o tabagismo. Quanto maior a carga tabágica, maior o risco. Tabagismo passivo, poluição atmosférica intra ou extradomiciliar, bem como exposição a poeiras orgânicas (minas de carvão ou ouro) e fumaças também são fatores de risco.

Carga tabágica

Carga tabágica designa a exposição do indivíduo ao tabagismo, levando em conta o número de cigarros consumidos por dia ao longo dos anos.

Para o cálculo da carga tabágica, utiliza-se o número de cigarros consumidos por dia, dividido por 20 (1 maço = 20 cigarros) e multiplicado pelo número de anos em que o paciente fumou. Exemplo: O paciente fumou 30 cigarros por dia durante 15 anos - 30/20 x 15 = 22,5 anos-maço.

Diagnóstico

O diagnóstico de DPOC pode ser considerado nos pacientes com sintomas de dispneia, tosse e/ou expectoração na presença de fatores de risco para a doença. Nesse contexto, a espirometria é requerida para confirmar o diagnóstico.

A exacerbação de DPOC é uma condição de piora aguda dos sintomas respiratórios, caracterizada pela piora aguda da dispneia, exacerbação da tosse e aumento do volume do escarro, acompanhado de alteração do seu aspecto.

As exacerbações podem ser desencadeadas por vários fatores. No entanto, os mais comuns são as infecções respiratórias virais ou bacterianas. As mudanças no padrão da expectoração (aumento de volume e/ou aspecto purulento) sugerem infecção bacteriana, devendo esta ser tratada de forma precoce e eficaz. Na dúvida, é mais prudente partir do pressuposto de que a infecção é bacteriana.

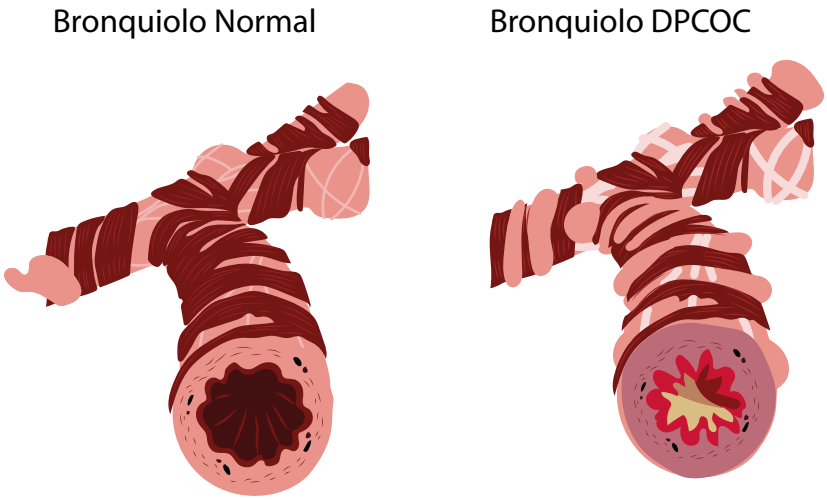


Figura 14 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Tratamento das exacerbações

O tratamento da DPOC tem como objetivos minimizar o impacto da exacerbação atual e prevenir novas exacerbações. O tratamento consiste em tratar o fator associado, melhorar a oxigenação do paciente, diminuir a resistência das vias aéreas e melhorar a função da musculatura respiratória.

Geralmente, as exacerbações podem ser gerenciadas de forma Ambulatorial com terapias farmacológicas, incluindo broncodilatadores, corticosteróides e antibióticos. No entanto, algumas vezes o tratamento requer hospitalização. A seguir, estão as indicações de internação hospitalar.

Tratamento ambulatorial da exacerbação de DPOC

Broncodilatadores

Os β2-agonistas de curta ação, com ou sem anticolinérgicos de ação curta, via inalatória (nebulização ou spray aerossol), são os broncodilatadores iniciais recomendados para tratamento de exacerbações da DPOC.

Corticoides sistêmicos

Os corticoides sistêmicos melhoram a função pulmonar e a oxigenação. Além disso, reduzem o tempo de recuperação e diminuem o risco de recaída precoce e falha no tratamento. Como usar? Prednisona 40mg/dia, durante 5 dias.

Antibióticos

Quando usar? Na presença de três sintomas cardinais:

- Aumento da intensidade da dispneia;
- Aumento de volume da expectoração;
- Expectoração purulenta.

Ou na presença de dois sintomas cardinais em que um deles obrigatoriamente seja a expectoração purulenta.

Também devem ser usados quando há indicação de ventilação mecânica. Como usar?

Antibióticos	
Exacerbação não complicada • Idade < 65 anos • FEV1 > 50% • < 2 exacerbações/ano • Sem doença cardíaca (escolher classe alternativa se utilizou antibiótico nos últimos 3 meses).	**Betalactâmico** • Amoxicilina + Clavulanato (500+125 mg), 1 cp de 8 em 8 horas, por 7 dias; OU • Amoxicilina + Clavulanato (875 + 125 mg), 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias; OU **Macrolídeos** • Azitromicina (500 mg), 1 cp ao dia, por 5 dias, OU • Claritromicina (500 mg), 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias, OU **Cefalosporinas** • Cefuroxima (500 mg), 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias; OU • Cefaclor (500 mg), 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias; OU **Tetraciclinas** • Doxicilina (100 mg), 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias; OU Sulfa • Sulfametoxazol + Trimetoprima (800/160), 1 cp de 12 em 12 horas por 7 dias.
Exacerbação complicada • Idade ≥ 65 anos • FEV1 ≤ 50% • ≥ 2 exacerbações/ano • Com doença cardíaca (escolher classe alternativa se utilizou antibiótico nos últimos 3 meses).	**Betalactâmico** • Amoxicilina + Clavulanato (500+125 mg), 1 cp de 8 em 8 horas, por 7 dias; OU • Amoxicilina + Clavulanato (875 + 125 mg), 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias; OU **Fluoroquinolonas** • Levofloxacino (500 mg), 1cp ao dia, por 7 dias; OU • Ciprofloxacino (500 mg) 1 cp de 12 em 12 horas, por 7 dias (se suspeita de Pseudomonas).

Quadro 3 – Tratamento de antibiótico da DPOC

Fonte: Telessaúde - RS (2018)