

# Resumos Clínicos - Dispneia Crônica

## Introdução

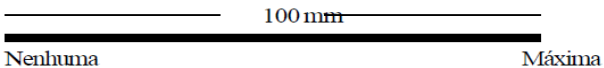
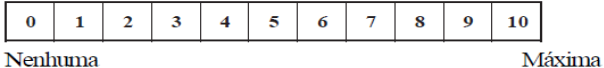
Dispneia é o sintoma que caracteriza a sensação subjetiva de desconforto respiratório ou dificuldade para respirar, sendo classificada como aguda ou crônica, quando apresenta duração maior que 30 dias. Sua intensidade varia de acordo com múltiplos fatores, psicológicos, fisiológicos, sociais, entre outros.

Inicialmente devemos categorizar a dispneia como anormal: avaliar variabilidade com tempo e com grau de esforço, redução de atividades devido ao sintoma, posição de melhora ou piora e outros sinais e sintomas associados como tosse, dor torácica e edema de membros inferiores. Lembrar que pessoas sem condicionamento físico adequado podem referir dispneia com esforços moderados ou leves.

## Formas de Mensurar a Dispneia:

Diversas escalas são utilizadas na prática clínica para mensurar a dispneia. Há variáveis categóricas (pontuação relacionada ao tipo e quantidade de esforço), análogo-visual ou multidimensional (maior complexidade, porém com mais aspectos incluídos).

Quadro 1: Escalas para mensuração da dispneia

Escala Analógica Visual		Escala de Borg Modificada	
		<b>0</b>	Nenhuma
		<b>0.5</b>	Muito, muito, leve
		<b>1</b>	Muito leve
		<b>2</b>	Leve
		<b>3</b>	Moderada
		<b>4</b>	Um pouco forte
		<b>5</b>	Forte
		<b>6</b>	
		<b>7</b>	Muito forte
		<b>8</b>	
		<b>9</b>	Muito, muito, forte
		<b>10</b>	Máxima
Escala Numérica			
			

Fonte: MARTINEZ (2004).

A escala categórica mMRC (unidimensional) é utilizada frequentemente na prática clínica e recomenda-se que seja correlacionada com doença específica, como DPOC, por exemplo.

**Quadro 2 - Escala modificada do Medical Research Council (mMRC) para avaliação da dispneia.**

Grau	Descrição
0	Sinto falta de ar somente aos esforços intensos.
1	Sinto falta de ar ao correr no plano ou subir uma ladeira leve.
2	Caminho mais lentamente que as pessoas da minha idade no plano por causa da falta de ar, ou tenho que parar para tomar fôlego quando caminho no meu próprio ritmo, no plano.
3	Paro para tomar fôlego após caminhar cerca de 100 metros ou após alguns minutos, no plano.
4	Tenho muita falta de ar para sair de casa, ou ao me vestir ou despir.

Fonte: GRUFFYDD-JONES (2012).

### Causas de Dispneia Crônica

Cerca de dois terços das causas de dispneia crônica são por causas respiratórias e cardíacas, como asma DPOC, doença pulmonar intersticial e cardiomiopatias. Porém, quando essas condições não são prováveis, deve-se excluir outras condições que causam alto débito cardíaco, como anemia, hipertireoidismo-, e também doenças neuromusculares ou transtornos psicogênicos.

### Causas de dispneia crônica do sistema respiratório (divisão anatômica):

- **Parênquima pulmonar** – asma e DPOC são as principais causas e frequentemente estão associadas com tosse ou sibilância. Outras condições que cursam com dispneia: doenças pulmonares difusas (pneumonia de hipersensibilidade, sarcoidose, pneumonia intersticial de diferentes etiologias, fibrose pulmonar), pneumoconioses, doenças vasculares (hipertensão pulmonar, doença tromboembólica crônica).

- **Doenças Neuromusculares** – fraqueza da musculatura respiratória por doenças neuromusculares como Miastenia Gravis, Esclerose Lateral amiotrófica. A suspeita clínica vai de acordo com outros achados no exame físico e anamnese.
- **Caixa torácica e pleura** – geralmente bem evidentes: derrame pleural ou cifoescoliose.
- **Vias aéreas** – obstrução das vias aéreas superiores. Disfunção de cordas vocais (associada doença neuromuscular ou funcional, como discinesia de cordas vocais). Tumores traqueais. Estenose traqueal (sugerido por estridor e história prévia de intubação ou ventilação mecânica).

#### **Causas de dispneia crônica do sistema cardiovascular:**

Dispneia é um sintoma característico de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), tendo diagnóstico mais provável se houver outros achados de disfunção ventricular esquerda (terceira bulha, distensão jugular, impulso apical desviado). A dispneia pode ser a única manifestação de doença isquêmica do miocárdio (“equivalente anginoso”), devendo-se avaliar outros sinais e sintomas e fatores de risco do paciente. Arritmias e Doenças valvulares (como estenose mitral e aórtica) também devem ser consideradas na investigação.

**Outras causas de dispneia crônica:** descondicionamento físico, obesidade, Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS), síndrome de hiperventilação (transtorno do pânico e outros transtornos de ansiedade), anemia, tireoideopatia, uremia e acidose metabólica.

## Investigação

A avaliação complementar deve ser orientada de acordo com as principais hipóteses diagnósticas. Porém, quando não há uma suspeita clínica clara os exames complementares iniciais são: raio x de tórax, eletrocardiograma, espirometria, hemograma, glicemia, TSH, ureia e eletrólitos.

Tosse e sibilância, associada à dispneia, levanta a suspeita de Asma e DPOC (especialmente nos tabagistas), sendo portanto realizado espirometria para comprovar o diagnóstico. Pacientes que apresentam dispneia e tosse, porém sem sibilância, também devem ser investigados para outras causas como: doença intersticial, neoplasia, pneumonia e derrame pleural.

Alterações no exame físico cardiovascular (como edema de membros inferiores, terceira bulha, sopro cardíaco) e/ou eletrocardiograma (isquêmica, hipertrofia de câmaras, arritmia) sugerem sequência de investigação para a causa cardiológica provável (teste ergométrico, ecocardiograma, Holter).

## Quando Encaminhar

### 1. Para Pneumologia:

- Pacientes com dispneia crônica de provável etiologia pulmonar, após investigação inconclusiva na APS.

### 2. Para Cirurgia Torácica:

- Paciente com dispneia e alteração em exame de imagem com suspeita de neoplasia torácica.

### 3. Para Cardiologia:

Pacientes com dispneia crônica de provável etiologia cardíaca, após investigação inconclusiva na APS.

## Referências

BERSÁCOLA, S. H. et al. Dispneia crônica de causa indeterminada: avaliação de um protocolo de investigação em 90 pacientes. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 24, n. 5, p. 283-297, 1998.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FISHMAN, A. P.; ELIAS, J. A. **Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders**. 4. ed. New York: McGraw-Hill, 2008.

GRUFFYDD-JONES, K. Diretrizes de 2011 da GOLD: quais as implicações para o atendimento primário? **Primary Care Respiratory Journal**, Waterbeck, v. 21, n. 4, p. 437-441, 2012.

MAHLER, D. A. et al. The measurement of dyspnea. Contents, interobserver agreement, and physiologic correlates of two new clinical indexes. **CHEST**, Chicago, v. 85, n. 6, p.751-8, 1984. Disponível em: <<http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1056305>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

MAHLER, D. A. et al. Impact of dyspnea and physiologic function on general health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **CHEST**, Chicago, 102: 395-401, 1992. Disponível em: <<http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1065251>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

MANNING, H. L.; SCHWARTZSTEIN, R. M. Pathophysiology of dyspnea. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 333, n. 23, p. 1547-1552, 1995. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199512073332307>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

MARTINEZ, J. A. B.; PADUA, A. I; TERRA FILHO, J. Dyspnea. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 37, p. 199-207, jul./dez. 2004. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2004/vol37n3e4/2\\_dispneia.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2004/vol37n3e4/2_dispneia.pdf)>. Acesso em: 4 mar. 2015.

PARSHALL, M. B. et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 185, n. 4, p. 435-52, 2012. Disponível em: <[http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201111-2042ST?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed#.VPcWAS7eJTs](http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201111-2042ST?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed#.VPcWAS7eJTs)>. Acesso em: 04 mar 2015.

RICHAR, M.; SCHWARTZSTEIN, M. D. **Physiology of dyspnea**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/physiology-of-dyspnea>>. Acesso em: 02 de março de 2015.

\_\_\_\_\_. **Approach to the patient with dyspnea**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea>>. Acesso em: 02 de março de 2015.

SWEER, L., ZWILLICH, C. W. Dyspnea in patient with chronic obstructive pulmonary disease. **Chest Medicine Clinics**, Philadelphia, v. 11, n. 3, p. 417-445, 1990.