

Dispneia na Emergência — Da hipótese à decisão

Função: conduta, gravidade e destino.

Reconhecer a doença não basta.

O Diagnóstico

Identificar a doença

Fisiopatologia

Reconhecimento de padrões



A Decisão



Estratificar Gravidade:
O paciente ameaça parar?



Escolher Intervenção:
Qual é a dose exata e o alvo?
[DRUG] [DOSAGE] mg/kg - TARGET: [VALUE]



Definir Destino:
Alta , observação ou UTI?

ALTA ✓

OBSERVAÇÃO ✓

UTI ✓

O plantão exige ação. Nomear a doença é apenas o primeiro passo.
Salvar a vida exige execução precisa.

Triagem: Paciente estável ou instável?



DPOC: Os 3 gatilhos da exacerbação



Piora da dispneia



Aumento da expectoração



Mudança do aspecto (purulência)

A presença de pelo menos um destes elementos em padrão de mudança do basal justifica intervenção.



Atenção à Ausculta. Sibilos = Padrão obstrutivo. Crepitação focal localizada = Muda o raciocínio. Não é apenas DPOC; procure pneumonia.

Pneumonia vs. DPOC: O Pivô da Antibioticoterapia

Por que a diferenciação exata muda o plantão?

Via A: Exacerbação de DPOC



Cobertura básica pode ser suficiente.

Alvo: Patógenos típicos de exacerbação.

Conduta: Macrolídeo isolado.



Via B: Pneumonia + Comorbidade (Caso Lindomar)



Exige cobertura ampliada e agressiva.

Alvo: Pneumococo resistente + atípicos.

Conduta: Betalactâmico (Amoxicilina+clavulanato) + Macrolídeo (Claritromicina).

Estratificação: O Escore Adequado para a Emergência

PSI (Pneumonia Severity Index)



Vantagem: Altamente preciso e completo.



Custo: Exige exames laboratoriais (gasometria, ureia, etc.).



Velocidade: **Baixa**. Atrasa decisões no pronto-socorro.



CRB-65



Vantagem: 100% Clínico. Zero dependência de laboratório.



Custo: Nenhum. Pode ser feito à beira-leito em 10 segundos.



Velocidade: **Alta**. Define o destino **instantaneamente**.

Os exames complementares devem responder a perguntas clínicas específicas, não atrasar condutas.

O Painel CRB-65: Calculadora Visual



EAP: As Duas Perguntas Vitais

Mude do raciocínio respiratório para o raciocínio hemodinâmico.

**Eixo Y (Volume): O paciente está
está congestionado?**

Úmido e Frio:
Congestão com
falência de
bomba/choque.
(Perfil C)

Úmido

Seco

Frio

Quente

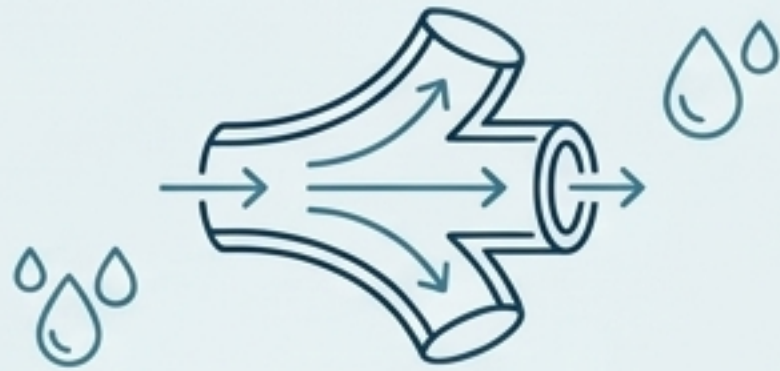
**Eixo X (Bomba/Resistência):
O paciente está bem perfundido?**

Úmido e Quente:
Congestão com
pressão mantida.
(Perfil B)

EAP: O Impacto da Pressão Arterial na Conduta

Nunca trate os dois perfis da mesma forma.

EAP Hipertensivo / Normotensivo



O Problema: Excesso de volume + Alta resistência vascular.

→ **A Estratégia:** Reduzir pré e pós-carga.

→ **Ação:** Vasodilatadores e Diuréticos.

EAP Hipotenso / Hipoperfundido



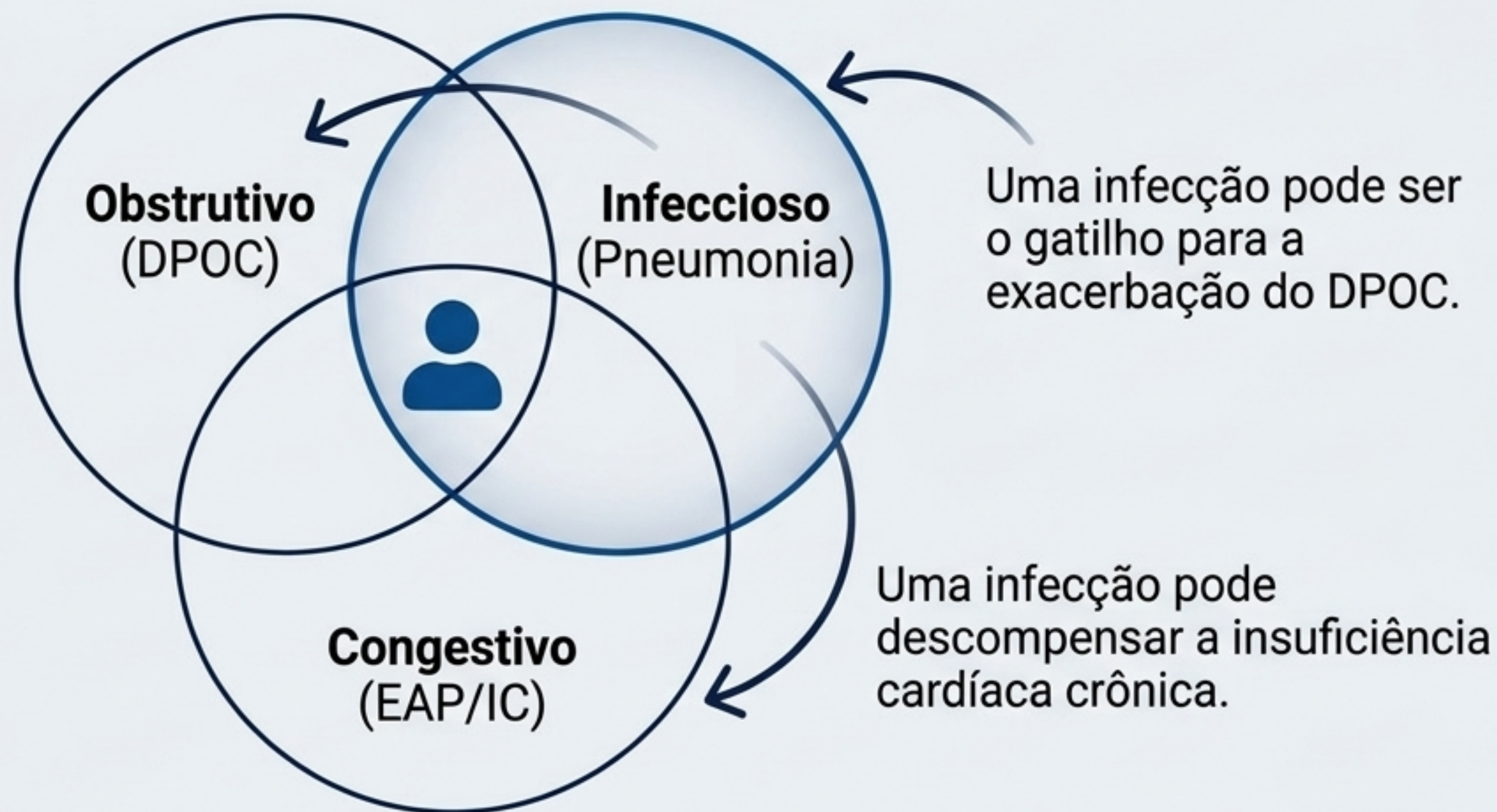
O Problema: Falência de bomba + Baixo débito.

→ **A Estratégia:** Restaurar a perfusão imediatamente.

→ **Ação:** Inotrópicos e Vasopressores. (Diuréticos/Vasodilatadores **podem ser fatais aqui**).

Sobreposição: Trate os componentes presentes

Princípio NEXOMED: Não force uma única resposta. A fisiopatologia explica a coexistência.



O paciente pode apresentar os três elementos simultaneamente.
Trate a fisiologia que está à sua frente, não apenas um rótulo diagnóstico.

A Decisão Terapêutica (O Caso Lindomar)

✓ Pneumonia + Comorbidades (DPOC/DM/HAS). Paciente Estável, sem febre, crepitação focal, CRB-65 = 1.

[1] Amoxicilina + clavulanato 875/125 mg VO, 12/12 h (5-7 dias).

[2] Claritromicina 500 mg VO, 12/12 h (5-7 dias).

[3] Se houver sibilância: Salbutamol 2 puffs 6-8/6-8 h (3-5 dias).

⊘ Atenção: Sem indicação de corticoides apenas por esta apresentação de pneumonia.

Reavaliação: Tratar é apenas uma etapa



Reavaliação mandatória em 48 horas. Mesmo em pacientes com resposta clínica inicial favorável. O objetivo é confirmar a resposta e detectar falha terapêutica precocemente.

Sinais de Retorno Imediato (Red Flags)



Piora da dispneia ou esforço respiratório.



Surgimento de febre nova ou persistente.



Prostração extrema.



Incapacidade de se alimentar ou hidratar.

O Destino: Alta, Observação ou Internação?



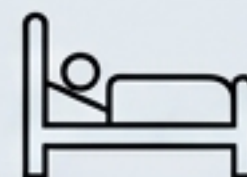
Alta

CRB-65 = 0,
estabilidade
total, bom
suporte social.



Observação

Necessidade de
O₂ transitória,
resposta a
broncodilatador
pendente.



Internação

CRB-65 $\geq$ 1-2,
descompensação
hemodinâmica,
instabilidade.



Regulação/UTI

CRB-65 $\geq$ 3, EAP
hipotenso,
falência
respiratória
iminente.

! A Conta Não Fecha?

Se as três hipóteses (DPOC, PNE, EAP) não explicarem adequadamente a dispneia ou a instabilidade...

Lembre-se do Tromboembolismo Pulmonar (TEP).

Algoritmo NEXOMED: Síntese de Decisão

