

Insuficiência Respiratória Aguda *Acute Respiratory Insufficiency*

Alfredo Martins (<https://orcid.org/0000-0001-9228-2276>)

Palavras-chave: Insuficiência Respiratória; Serviço de Urgência Hospitalar

Keywords: *Emergency Service, Hospital; Respiratory Insufficiency*

O artigo de Jorge Dantas e colegas, recentemente publicado nesta revista¹ como “Artigo de Revisão”, não faz uma revisão da insuficiência respiratória aguda (IRespA) em geral nem de nenhuma das suas particularidades (manifestações clínicas; diagnóstico; classificação; causas; tratamento) e, sobretudo, não traduz o estado do conhecimento actual que os especialistas em Medicina Interna que trabalham em Portugal têm sobre IRespA nem a sua postura na abordagem e gestão dos doentes com IRespA.

A IRespA é uma situação clínica complexa que pode resultar de múltiplas doenças de vários órgãos, que podem coexistir, e que se define pela presença de um conjunto de sinais e sintomas clínicos e por alterações fisiológicas que traduzem a incapacidade de o sistema respiratório garantir a remoção adequada do dióxido de carbono produzido no organismo e/ou a oxigenação adequada do sangue arterial. Pode resultar da obstrução das vias aéreas, da perda de função da bomba ventilatória neuromuscular ou de disfunção do pulmão e caracteriza-se por um agravamento progressivo no tempo que pode ser mais ou menos rápido. A IRespA é uma situação clínica frequente,² é um desafio para os médicos que a lidam e pode ter consequências devastadoras para os doentes que a sofrem. Os doentes internados por IRespA têm probabilidade elevada de morte durante o internamento^{3,4} e o risco de morte aumenta se se atrasarem o seu reconhecimento e o seu tratamento adequado.⁴ É por isso imperioso saber reconhecê-la precocemente, o mais rapidamente possível compreender os seus mecanismos fisiopatológicos, diagnosticar a sua etiologia e iniciar o tratamento adequado que compreende o tratamento de suporte e o tratamento etiológico. O tratamento de suporte da função respiratória é prioritário na IRespA e compreende a garantia de uma via aérea permeável e segura, a administração de oxigénio

simples, a oxigenoterapia nasal de alto fluxo, a ventilação não invasiva, a ventilação mecânica invasiva, a oxigenação extracorpórea por membrana (ECMO), entre outros.⁵ Nas situações clínicas mais graves, na fase inicial de tratamento, o suporte da função respiratória é mais importante que o diagnóstico da etiologia, pela simples razão de que se não tivermos o doente vivo e estável de pouco interessa este diagnóstico. Depois do diagnóstico etiológico teremos ainda de continuar o tratamento da insuficiência respiratória durante o tempo necessário para que o tratamento etiológico trate a doença que a provocou.

A maioria dos casos de IRespA dos hospitais portugueses são diagnosticados e tratados por médicos internos e especialistas de Medicina Interna e de Medicina Intensiva, muitos destes também internistas, que trabalham em contexto de urgência / emergência e aplicam estes princípios sem dificuldades nem hesitações. Jorge Dantas e colegas não cumprem o objectivo enunciado no resumo de “rever aquelas que são as recomendações mais recentes no que se refere à abordagem do doente em insuficiência respiratória aguda...” e não chegam sequer a esclarecer o que é a IRespA. Entre muitas incorrecções, grande confusão de conceitos e metodologias e a admissão intolerável de que existe uma “terapêutica geral de estabilização para a IRespA” passível de ser utilizada nos Serviços de Urgência, partem directamente para uma discussão superficial de diagnóstico diferencial da etiologia da IRespA, sem antes a reconhecer, classificar e definir prioridades no seu tratamento. Além de transmitir uma má imagem da Medicina Interna, ainda que não real, em nada contribui para resolver as “Dúvidas Existenciais do Internato em Medicina Interna” nesta matéria, tendendo antes a agravá-las. ■

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Departamento de Medicina, UCI e Urgência, Hospital da Luz, Arrábida, Vila Nova de Gaia, Portugal.

<https://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspm/CE/204/19/4/2019

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) 2019. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Alfredo Martins – alf.silvamartins@gmail.com
Departamento de Medicina, UCI e Urgência, Hospital da Luz,
Arrábida, Vila Nova de Gaia, Portugal.
Praceta de Henrique Moreira 150
4400-346, Vila Nova de Gaia

Received / Recebido: 08/10/2019

Accepted / Aceite: 16/10/2019

Publicado / Published: 11 de Dezembro de 2019

REFERÊNCIAS

1. Dantas J, Morais R, Vaz R, Verdasca I. Insuficiência Respiratória Aguda: Dúvidas Existenciais do Internato em Medicina Interna. *Rev Soc Port Med Interna*. 2019; 26: 232–37. doi:10.24950/rspm/Revisao/229/18/3/2019
2. Stefan M, Shieh M-S, Pekow P, Rothberg MB, Steingrub JS, Lagu T, et al. Epidemiology and outcomes of acute respiratory failure in the United States, 2001 to 2009: A National Survey. *J Hosp Med*. 2013; 8: 76–82. doi: 10.1002/jhm.2004.
3. Matkovic Z, Huerta A, Soler N, Domingo R, Gabarrús A, Torres A, et al. Predictors of adverse outcome in patients hospitalised for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*. 2012; 84: 17–26. doi: 10.1159/000335467.
4. Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, et al. Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. *JAMA*. 2016; 315: 788–800. doi: 10.1001/jama.2016.0291.
5. Scala R, Heunks L. Highlights in acute respiratory failure. *Eur Respir Rev*. 2018; 27: 180008. doi: 10.1183/16000617.0008-2018.