

ALERTA MÉDICO DISTROFIA MUSCULAR (DM)

Dra. Ana Lúcia Langer CRM 43507



ATENÇÃO A ESTAS RECOMENDAÇÕES

- 1- Na falência ventilatória Não aplicar O2 por cateter ou máscara.
- 2- Usar com cautela: opiáceos, relaxantes musculares, benzodiazepínicos, estatinas, drogas e associações que aumentem o intervalo QT.
- 3-Drogas contraindicadas: HALOTANO, SUCCINILCOLINA.
- 4-Drogas Psicoativas: Risco de síndrome neuroléptica maligna.
- 5-Pacientes com disfunção pulmonar devem fazer tratamento odontológico que exija anestesia geral em centro cirúrgico e com monitorização, anestesista e equipamentos para emergências.
- 6-Em pacientes em uso de corticóides não usar vacinas de vírus vivo (tríplice viral, varicela, febre amarela, sabin).
- 7-Não suspender corticoterapia nos episódios infecciosos. Ao contrário, aumentar a dose em 50%. Caso haja vômitos, utilizar a via parenteral. Lembrar equivalência de corticóides: Prednisona/Prednisolona 5, Deflazacorte 6, Hidrocortisona 20, Metilprednisolona 4.
- 8-Em fraturas nos pacientes que deambulam, é preferível a fixação cirúrgica para o paciente voltar a deambular o mais precocemente possível. Esta recomendação vale para cirurgia de alongamento do tendão de Aquiles, onde a transposição do m. tibial posterior é recomendada. O paciente que deambula não deve ficar IMOBILIZADO POR MAIS QUE 1 SEMANA.
- 9- Evitar suspender medicações cardiológicas nas internações e, se isso for feito, reintroduzir o mais rápido possível. O paciente é adaptado às baixas pressões. Fazer acompanhamento ecográfico.
- 10- Em distrofias, se houver deterioração neurológica ou sintomas como falta de ar após uma fratura, pensar em EMBOLIA GORDUROSA.
- 11-As transaminases-ALT e AST são enzimas musculares e poderão estar aumentadas nas distrofias. Não confundir com doença hepática.

SÃO INFORMAÇÕES VITAIS: FALÊNCIA VENTILATÓRIA:

O paciente em falência ventilatória deverá ser VENTILADO e nunca só OXIGENADO. O acometimento da musculatura respiratória acarreta hipoventilação alveolar com hipercapnia e hipóxia. A suplementação de O2 agrava a hipoventilação por suprimir o estímulo do centro respiratório (hipóxia) e piora os gases sanguíneos por intensificar a desigualdade da relação

ventilação-perfusão (vasodilatação pulmonar pelo O2 e ventilação diminuída). O O2 só deve ser usado nas doenças pulmonares intercorrentes, com suporte ventilatório e monitorização do CO2.

Na hipoventilação e na apneia do sono indicamos o aparelho binível com as seguintes especificações: modos ventilatórios diversos com S, S/T e T; dois níveis pressóricos; frequência respiratória; tempo elevado; tempo inspiratório; alarmes. O aparelho deve possibilitar a leitura dos dados através de programas específicos e o monitoramento dos dados durante a ventilação: volume, vazamentos, frequência respiratória, pressões utilizadas e ventilação por minuto. É desejável que tenha a função de volume assegurado através do controle de funções inspiratórias máximas e mínimas. Nos episódios secretivos ter boa vontade em usar antibióticos. Além disso, introduzir manobras de auxílio à tosse caso esta tenha pouca potência.

ATENÇÃO: Pacientes que fazem VNI: ao procurar PS: Levar aparelho de ventilação e de auxílio à tosse, se tiver.

LEIA COM CUIDADO: ANESTESIA

Nas DMs há suscetibilidade a agentes anestésicos inalatórios: HALOTANO, DESFLURANO, ISOFLURANO, METOXIFLURANO, ENFLURANO, SEVOFLURANO, TRICLOROETILENO, XENON e curarizantes como a SUCCINILCOLINA. Óxido nitroso é seguro. Pode ocorrer hipertermia maligna like com rabdomiólise e consequente liberação de potássio e creatinoquinase (CK) e mioglobina para a circulação. A parada cardíaca ocorre por excesso de potássio e a lesão renal, por excesso de ck e mioglobina. O tratamento é feito com alcalinização, solução polarizante e dantrolene.

Os anestésicos intravenosos são mais seguros, mas pode haver alterações cardíacas pelo efeito depressor dos barbitúricos e do propofol. Hipnomidate e midazolam são seguros. Anestésias regionais e locais podem ser usadas, mas diminuir ou evitar adrenalina local se houver taquicardia.

DUAS INFORMAÇÕES IMPORTANTÍSSIMAS

a) Durante agravos, por exemplo quadros infecciosos, pós-operatório, há um decréscimo de força de toda musculatura e o paciente poderá ter uma descompensação cardíaca ou falência ventilatória. Será necessário avaliar a função miocárdica e respiratória com possível instalação de drogas vasoativas (dobutamina) e ventilação não invasiva (bipap).

b) **EXTUBAÇÃO:** Pacientes que necessitam ser extubados após episódios infecciosos ou cirurgias podem não conseguir ficar em ar ambiente pela fadiga muscular. Nessa situação, instalar VNI com garantia de volume de 10ml/kg e não fazer transições que existem nos desmames clássicos para o ar ambiente.