

Uso do oxigénio em cuidados paliativos

Introdução

Os cuidados paliativos têm como finalidade “melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam os problemas associados a doença ameaçadora da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais” [1].

Como os doentes não sentem dispneia isoladamente, mas com um conjunto de outros sintomas e problemas, o tratamento da dispneia não pode ser abordado completamente se os factores físicos e não físicos não forem compreendidos [2]. Na experiência da dispneia intervêm múltiplos factores de ordem fisiológica, psicológica, social e espiritual que interagem e, por analogia com o conceito de dor total de Cicely Saunders, pode considerar-se também como dispneia total [3].

Os sintomas físicos são uma causa importante de mal-estar, nos doentes em cuidados paliativos, e a dispneia é um dos que maior impacto têm. O tratamento da dispneia deve ser dirigido à sua causa, mas muitas vezes, sobretudo nos últimos dias de vida, tal não é possível porque as causas são múltiplas e irreversíveis, tornando as intervenções dirigidas à causa impossíveis de aplicar. Assim o tratamento tem de ser sintomático. Os parâmetros objectivos da função respiratória, nomeadamente a saturação de oxigénio, não se correlacionam com a intensidade da dispneia.

A administração de oxigénio é um dos meios que podem ser usados para o alívio da dispneia. No entanto, nem sempre é a resposta adequada, sobretudo quando o doente não tem hipoxemia e, mesmo nestes, pode não ser eficaz. Há outras opções como a administração de opióides ou benzodiazepinas, nos doentes em que a ansiedade seja um componente importante, corrente de

ar nos dermatómos do trigêmeo através de leque ou ventoinha. Nos últimos dias de vida pode mesmo ser necessário recorrer à sedação como único meio de controlo eficaz.

O uso do oxigénio tem também inconvenientes, como retenção de dióxido de carbono nos doentes com DPOC, secura do nariz, boca e olhos, claustrofobia com as máscaras, perda da independência com redução da mobilidade, isolamento social e dependência psicológica. O oxigénio é alimentador das combustões, pelo que os doentes fumadores ou os que têm familiares fumadores devem evitar o oxigénio.

O oxigénio não é, portanto, ao contrário do que muitos pensam, incluindo profissionais de saúde, inócuo. Como que se não fizer bem, certamente não fará mal. Não é assim, deve ser visto como um fármaco que tem indicações, contra-indicações e efeitos tóxicos.

Dados sobre o uso do oxigénio em cuidados paliativos

Há muito tempo se sabe que os doentes com DPOC hipoxémicos têm vantagem com a terapêutica com oxigénio em termos de sobrevivência e de qualidade de vida. Esse benefício ocorre nos doentes com *cor pulmonale* ou com dano de outros órgãos devido à hipoxemia com oxigénio contínuo ou nocturno e com oxigénio ambulatório nos que, não tendo hipoxemia em repouso, a têm durante a actividade [2].

A maioria dos médicos administra oxigénio aos doentes com dispneia em cuidados paliativos, geralmente quando o sintoma é refractário ou a pedido dos doentes [4]. Muitas vezes o oxigénio é administrado com base no sintoma e não na oximetria de pulso. Não é raro o uso do oxigénio para “conforto”, sem que haja qualquer critério para o seu uso. Portanto, o oxigénio é frequentemente usado sem que haja provas claras do seu benefício sintomático e com custos e complexidades logísticas.

Num estudo internacional randomizado e duplamente cego comparou-se a eficácia do oxigénio com ar no alívio da dispneia em doentes com doenças limitadoras da vida (predominantemente

DPOC e cancro), com dispneia refractária e uma $\text{PaO}_2 > 55\text{mm Hg}$ [4]. Os doentes recebiam oxigénio ou ar por um concentrador através de cânula nasal a 2L/minuto durante 7 dias. A dispneia foi avaliada com uma escala numérica de 0 a 10, 2 vezes por dia. Durante o período de 7 dias a dispneia diminuiu de intensidade nos dois braços, sem que o oxigénio produzisse benefício adicional. A maioria do benefício ocorreu nos primeiros 3 dias, com uma grande parte melhorando nas primeiras 24 horas. Os autores sugerem que se pode concluir com prudência que o movimento de gás nas narinas especificamente administrado por cânula nasal pode melhorar a dispneia, mas o gás não necessita de ser oxigénio [4]. Pode acrescentar-se que não é apenas por cânula nasal que o gás se pode administrar, por exemplo, pode administrar-se com uma ventoinha portátil [5].

Outro estudo randomizado, duplamente cego e cruzado realizado em 51 doentes, corrobora esses dados comparando o efeito do oxigénio com ar no alívio da dispneia em doentes com cancro avançado [6]. Os doentes melhoraram sintomaticamente com o oxigénio e o ar por cânula nasal. Num subgrupo de 17 doentes hipoxémicos também não houve diferença significativa entre o oxigénio e o ar, apesar de a hipoxemia ter sido corrigida em 13 dos 17 doentes com 4 L/min de oxigénio.

Uma revisão sistemática da eficácia do oxigénio em comparação com ar inalado, em doentes com cancro com dispneia não hipoxémicos ou ligeiramente hipoxémicos, concluiu não haver vantagem no uso do oxigénio [7]. Também uma revisão sistemática da literatura não conseguiu demonstrar um efeito benéfico da inalação de oxigénio relativamente à inalação de ar no alívio da dispneia devida a cancro ou insuficiência cardíaca. No entanto, alguns doentes com cancro parece sentirem-se melhor com oxigénio [8].

Num outro estudo prospectivo, não randomizado, comparou-se a administração de oxigénio com opióide [9]. Com o opióide houve uma diminuição significativa da dispneia e da frequência

respiratória, enquanto não houve diminuição da dispneia com oxigénio por cânula nasal a 4 L/min, quer nos doentes hipoxémicos quer nos não hipoxémicos.

Recomendações

Doentes com cancro ou doença respiratória terminal com dispneia intratável [10,11]:

- Em primeiro lugar deve assegurar-se que os doentes estão a ser maximamente tratados para as patologias subjacentes reversíveis que possam causar ou contribuir para a dispneia.
- Não devem receber oxigénio se não estiverem com hipoxemia ($SpO_2 \leq 92\%$).
- Deve fazer-se um ensaio terapêutico com opióide.
- Deve fazer-se um ensaio terapêutico por meios não farmacológicos incluindo uma ventoinha.
- Em situações em que a dispneia não responde a outras medidas pode considerar-se a administração de oxigénio. Neste caso, recomenda-se que nos doentes com cancro e envolvimento pulmonar o objectivo da SaO_2 seja 94% a 98% e para os doentes em risco de insuficiência respiratória hipercápnica (DPOC, doenças neuromusculares, cifoesciose grave, intoxicação por opióides ou benzodiazepinas, fibrose grave de tuberculose antiga) de 88% a 92%.
- Como a perturbação causada pela dispneia não se correlaciona com o grau de hipoxemia e o fluxo de oxigénio identificado nos estudos varia de 2 a 5 L/minuto, sugere-se que o fluxo de oxigénio seja determinado pela intensidade do sintoma numa base individual e não pela saturação de oxigénio, devendo ter-se em consideração o risco potencial de hipercapnia se o oxigénio for administrado com fluxos superiores.
- Como outras intervenções farmacológicas, o oxigénio deve ser considerado como uma tentativa terapêutica e ser revisto regularmente, tendo em mente que o maior benefício ocorre nas primeiras 24 horas e quase toda a melhoria sintomática e funcional ocorre nos primeiros 3 dias. Após 72 horas sem benefício, o oxigénio deve ser retirado.

Referências

1. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (acedido em 20/01/2020)
2. Kamal AH, Maguire JM, Wheeler JL, Currow DC, Abernethy AP. Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med* 2012;15:106-114.
3. Lee Guozhang. Management of total dyspnea. *Clin Case Rep Rev* 2019;5:1-5.
4. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: A double-blind, randomized controlled trial. *Lancet* 2010;376:784–793.
5. Galbraith S, Fagan P, Perkins P, Lynch A, Booth S: Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:831–838.
6. Philip J, Gold M, Milner A, et al. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:541–50.
7. Uronis HE, Currow DC, McCrory DC, et al. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer* 2008;98:294–9.
8. Cranston JM, Crockett A, Currow D. Oxygen therapy for dyspnoea in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD004769.
9. Clemens KE, Quednau I, Klaschik E. Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnoea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study. *Support Care Cancer* 2009;17:367–77.
10. Hardinge M, Annandale J, Bourne S, et al. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. *Thorax* 2015;70: i1–i43.

11. Scott AA, Robinson CL, Thompson A, Oakes S, Bonwick H. Guidelines for the use of oxygen in palliative care.

https://www.nwscnsenate.nhs.uk/files/9814/5684/6563/Oxygen_in_Palliative_Care_FINAL.pdf (acedido em 01/02/2020).