

Procedimentos de Assistência Passo a Passo- Pneumonite (inflamação dos alvéolos pulmonares)

Avaliação

- | | | |
|---|--|--|
| Observar: <ul style="list-style-type: none">- O paciente parece desconfortável?- O paciente teve dificuldade em caminhar até a sala de exames? Ou a subir escadas?- O paciente parece estar com falta de ar?- O paciente é taquipneico?- O paciente parece estar com dificuldade respiratória? | Ouvir: <ul style="list-style-type: none">- O paciente notou alguma alteração na respiração?- O paciente sente falta de ar?- O paciente nota nova dispneia ao esforço?- O paciente tem uma nova tosse? Ou uma mudança na tosse existente?<ul style="list-style-type: none">o É uma tosse seca ou uma tosse produtiva?- Os sintomas agravaram?- Os sintomas limitam as AVDs?- Sintomas associados?<ul style="list-style-type: none">o Fadigao A pieira (sibilos) | Reconhecer: <ul style="list-style-type: none">- A oximetria de pulso está baixa? É inferior à avaliação inicial ou comparada com a última consulta? Está com pouca deambulação?- Existe uma condição auto-imune pulmonar pré-existente (por exemplo, sarcoidose)?- O paciente tem metástases pulmonares?- Historial de radiação no pulmão?- Há historial de comprometimento respiratório prévio (por exemplo, asma, DPOC, insuficiência cardíaca congestiva)?- O paciente experimentou outros efeitos adversos relacionados com o sistema imunológico? |
|---|--|--|

Classificação de toxicidade

Pneumonia

Definição: transtorno caracterizado por inflamação que afeta focal ou difusamente o parênquima pulmonar

Grau 1 (leve) Assintomático. Confinado a um lobo do pulmão, apenas observações clínicas ou de diagnóstico. Intervenção não indicada	Grau 2 (Moderado) Sintomático. Intervenção médica indicada. AVDs instrumentais limitadas	Grau 3 (Grave) Sintomas graves; limitação das AVDs de autocuidado. Oxigênio indicado	Grau 4 (potencialmente fatal) Compromisso respiratório com risco de vida. Intervenção urgente indicada (traqueostomia, intubação)	Grau 5 (Morte)
---	--	--	---	-----------------------

Abordagem clínica

Estratégia geral:

- Avaliar outras etiologias, como infecção (por exemplo, esfregaço nasal para patógenos virais; cultura de escarro), embolia pulmonar, metástases pulmonares progressivas, derrame pleural ou doença pulmonar
- Intervenção precoce para manter ou melhorar a função física e o impacto na QV
- Avaliar a oximetria de pulso (em repouso e esforço) na avaliação inicial e em cada consulta para ajudar a identificar uma diminuição no início precoce
- Considerar fazer uma TC ou radiografia ao tórax para avaliar a eficácia dos esteroides/monitorizar para novas metástases pulmonares
- Avaliar a compreensão do paciente e da família sobre as recomendações
- Identificar barreiras à eficácia do tratamento, incluindo adesão a medicamentos, atividade física

Prevenção <ul style="list-style-type: none">- Diminuir ou parar de fumar. Vacinações preventivas contra gripe e pneumonia	Grau 1 (leve) <ul style="list-style-type: none">- Antever a imunoterapia a continuar- Continuar a monitorização através de testes radiológicos (durante 2–4 semanas, conforme necessário)- Rever os sintomas a serem observados com o paciente e a família e lembrar-se de avaliar a cada consulta subsequente- Continuar a monitorizar a oximetria de pulso (em repouso e com deambulação)- Avaliar a compreensão do paciente e da família sobre as recomendações- Identificar barreiras à eficácia do tratamento	Grau 2 (Moderado) <ul style="list-style-type: none">- Imunoterapia a ser retirada para eventos de Grau 2 (retomar quando no Grau 0/1)- Imunoterapia a ser descontinuada para eventos recorrentes (pembrolizumab, nivolumab) ou persistentes de Grau 2 (ipilimumab, pembrolizumab, nivolumab)- Monitorizar a oximetria de pulso (em repouso e com deambulação) q 3-7 dias- Antecipar o tratamento com:<ul style="list-style-type: none">o Corticosteroides * (por exemplo, prednisona 1 a 2 mg/kg/dia ou equivalente) até que os sintomas melhorem e depois diminuir gradualmente durante, pelo menos, 1 mêso Se os sintomas não melhorarem dentro de 48 a 72 horas, a dose de corticosteroide* será aumentada. Se não houver melhorias em 72 horas podem ser considerados corticosteroides intravenosos*, tratados como Grau 3o Também podem ser iniciadas medidas adicionais de suporte clínico- Orientação antecipatória sobre a administração adequada de corticosteroides intravenosos- Antever o uso de antibióticos provisionais até a infecção ser excluída- Antever que a broncoscopia pode ser solicitada	Graus 3/4 (grave ou com risco de vida) <ul style="list-style-type: none">- Interromper permanentemente o tratamento com imunoterapia para eventos de grau 3/4- Ter consultas com pneumologia e infectologia- O paciente provavelmente precisará de ser internado no hospital para gestão adicional e cuidados médicos- Antever o uso de corticosteroides IV em doses elevadas * (por exemplo, metilprednisolona 1 a 4 mg/kg/dia ou equivalente)- Assim que os sintomas ficarem resolvidos para o nível basal ou Grau 1, converter em dose equivalente de corticosteroide oral e diminuir lentamente durante pelo menos 1 mês- Antever o uso de antibióticos empíricos até a infecção ser excluída- Antever o uso de agentes imunossuppressores adicionais se os sintomas não melhorarem entre 48 a 72 horas (por exemplo, infliximabe, micofenolato, ciclofosfamida, IVIG)- Avaliar a compreensão do paciente e da família acerca da descontinuação do tratamento- Identificar barreiras à eficácia do tratamento, especificamente no cumprimento da tomada de medicamentos, atividade física
--	--	---	--

*Administração de corticosteroides:

Instruções/calendário de redução gradual de esteroides enquanto guia, mas não como absoluto

- A redução gradual deve considerar o perfil atual dos sintomas do paciente
- Acompanhamento próximo, pessoalmente ou por telefone, com base nas necessidades individuais e na sintomatologia
- Esteroides causam indigestão. Fornecer terapia antiácida diariamente como prevenção de úlcera gástrica enquanto estiver em esteroides (por exemplo, bloqueador da bomba de prótons ou bloqueador H2, se a dosagem de prednisona for >20 mg/dia)
- Analisar os efeitos colaterais dos medicamentos esteroides: alterações de humor (irritação, reatividade, hiperconsciência, euforia, paranoia), aumento do apetite, sono interrompido, sapinhos, retenção de líquidos
- Estar atento aos sintomas recorrentes, à medida que os esteroides diminuem e reportá-los (pode ser necessário redução gradual da dose)

Esteroides de elevada dose a longo prazo:

- Considerar a profilaxia antimicrobiana (sulfametoxazol/trimetoprim em dose dupla M/P/F; dose única se usada diariamente) ou em alternativa se for alérgico a sulfa (por exemplo, atovaquona [Mepron®] 1500 mg VO por dia)
 - Considerar cobertura antiviral e antifúngica adicional
 - Evitar álcool/acetaminofeno ou outras hepatotoxinas
- Se houver uso prolongado de esteroides, há o risco de osteoporose. Iniciar suplementos de cálcio e vitamina D

Implementação:

- Identificar indivíduos de alto risco (por exemplo, asma, DPOC, radioterapia torácica prévia) e aqueles com sintomas cardiopulmonares antes de iniciar a imunoterapia. Estabelecer uma avaliação inicial completa, incluindo oximetria de pulso (em repouso e com deambulação)
- Educar os pacientes para que informem imediatamente acerca de novos ou agravados/alterados sintomas pulmonares
- Antever que os requisitos de esteroides para o tratamento da pneumonite são elevados (1–2 mg/kg/dia) e que o paciente estará em corticoterapia por pelo menos 1 mês
- Educar os pacientes e familiares sobre a consequência da descontinuação da imunoterapia em pacientes que desenvolvem pneumonite moderada ou grave
- Para pneumonite grave com risco de vida, tratar o paciente como imunocomprometido, de modo a que o exame de identidade inclua culturas de zaragatoa nasal (viral), escarro, sangue e urina

SINAIS ALERTAS:

- **Risco de início agudo**
- **Risco de mortalidade se o tratamento com pneumonite for atrasado**
- **O risco de pneumonite é maior em pacientes que recebem regimes combinados de imunoterapia**

