

## Uma posição incomum para alívio postural da dispneia

A novel position for postural relief of dyspnea

José Antônio Baddini Martinez, Heloíse Baldan Otero Rodrigues,  
Alexandre Martins Portelinha

### Ao Editor:

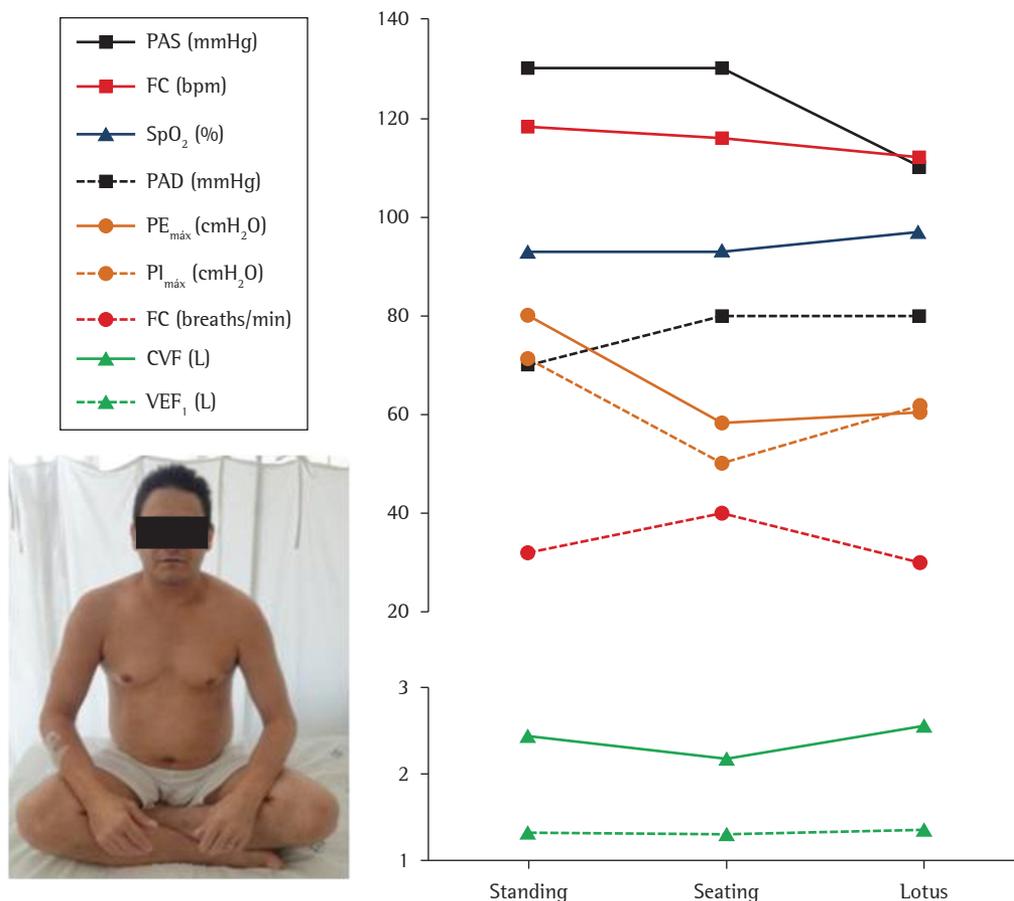
Pacientes com obstrução crônica e grave ao fluxo aéreo podem ter uma redução na sensação de dispneia ao assumir algumas posturas específicas.<sup>(1-3)</sup> A inclinação para frente com as mãos nos joelhos, denominada “posição de tripé”, por exemplo, é uma posição bem conhecida e associada ao alívio da dispneia.<sup>(4)</sup> Recentemente, tivemos a oportunidade de conhecer, na enfermaria de nosso hospital, um paciente de 39 anos de idade com fibrose cística que adotava uma posição distinta para seu conforto respiratório. Ele estava sentado na cama, com as pernas cruzadas e mantendo o tronco ereto. O seu posicionamento lembrava a posição de lótus, utilizada para meditação. De acordo com o paciente, ao adotar essa posição imediatamente após exercícios intensos, a dispneia era menor, seu estado de alerta melhorava e isso evitava tonturas.

O paciente fora hospitalizado devido a um episódio agudo de bronquiectasia causada por infecção por *Pseudomonas aeruginosa*. Seus resultados espirométricos foram os seguintes: CVF, 2,39 L (76% do previsto); VEF<sub>1</sub>, 1,34 L (50,6% do previsto); e razão VEF<sub>1</sub>/FVC, 56,1%. Durante um período de estabilização clínica, a gasometria arterial revelou um pH de 7,43, PaO<sub>2</sub> de 66 mmHg e PaCO<sub>2</sub> de 37 mmHg, em ar ambiente. A fim de investigar os mecanismos relacionados à melhora dos sintomas, decidimos determinar parâmetros fisiológicos com o paciente em três posições diferentes: em pé, sentado normalmente na cama e sentado na posição semelhante à de lótus sobre a cama. As medições foram tomadas 5 min após o paciente ter assumido cada posição.

Como pode ser visto na Figura 1, a posição de lótus aparentemente trouxe várias vantagens quando comparada à posição em pé, aumentando a SpO<sub>2</sub> (93% vs. 97%) e diminuindo a FC (118 bpm vs. 112 bpm), assim como aumentando a pressão arterial diastólica e reduzindo a pressão arterial sistólica (130/70 mmHg vs. 110/80 mmHg). Além disso, P<sub>lmáx</sub> e P<sub>Emáx</sub>, medidas pela boca, foram menores quando o paciente assumia a posição de lótus do que quando em pé, embora os valores de VEF<sub>1</sub> e FR continuaram semelhantes (1,35 L vs. 1,38 L e 32 ciclos/min vs. 30 ciclos/min, respectivamente). Ainda, a CVF foi maior com a posição de lótus do que com o paciente sentado (2,57 L vs. 2,45 L).

Acreditamos que a melhora sintomática relatada pelo paciente está relacionada com alterações hemodinâmicas devidas ao aumento do retorno venoso para o tórax, como já foi observado em crianças com cardiopatia cianogênica.<sup>(5)</sup> Além disso, a melhora na CVF pode estar relacionada à posição mais ereta da coluna vertebral. Melhoras simultâneas na perfusão e ventilação pulmonar poderiam explicar o aumento da SpO<sub>2</sub>. Essas mudanças seriam suficientes para melhorar a oxigenação de vários tecidos, incluindo o tecido nervoso.

Embora a realização da posição semelhante à de lótus possa ser problemática para alguns pacientes com DPOC, esses achados clínicos justificam investigações adicionais. Enquanto isso, a posição de lótus poderia ser ensinada como uma ferramenta de auxílio potencial para aumentar o conforto respiratório de pacientes selecionados com doenças pulmonares crônicas.



**Figura 1** - Medidas fisiológicas obtidas para cada uma das três posições estudadas. PAS: pressão arterial sistólica; e PAD: pressão arterial diastólica.

José Antônio Baddini Martinez  
Professor Associado,  
Departamento de Clínica Médica,  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,  
Universidade de São Paulo,  
Ribeirão Preto (SP) Brasil

Heloise Baldan Otero Rodrigues  
Fisioterapeuta,  
Departamento de Pneumologia,  
Hospital das Clínicas,  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,  
Universidade de São Paulo,  
Ribeirão Preto (SP) Brasil

Alexandre Martins Portelinha  
Acadêmico de Medicina,  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,  
Universidade de São Paulo,  
Ribeirão Preto (SP) Brasil

## Referências

1. Barach AL. Chronic obstructive lung disease: postural relief of dyspnea. *Arch Phys Med Rehabil.* 1974;55(11):494-504.
2. Sharp JT, Drutz WS, Moisan T, Foster J, Machnach W. Postural relief of dyspnea in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis.* 1980;122(2):201-11.
3. O'Neill S, McCarthy DS. Postural relief of dyspnoea in severe chronic airflow limitation: relationship to respiratory muscle strength. *Thorax.* 1983;38(8):595-600.
4. Bhatt SP, Guleria R, Luqman-Arafath TK, Gupta AK, Mohan A, Nanda S, et al. Effect of tripod position on objective parameters of respiratory function in stable chronic obstructive pulmonary disease. *Indian J Chest Dis Allied Sci.* 2009;51(2):83-5.
5. Webb GD, Smallhorn JF, Therrien J, Redington AN. Congenital heart disease. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, editors. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine.* 9th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2011. p. 1411-67.