



## Tratamento da dispneia no paciente oncológico em cuidados paliativos

A dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto respiratório ou dificuldade para respirar que consiste de sensações qualitativamente distintas e que variam na intensidade. É um dos sintomas mais comuns na fase avançada de doenças oncológicas, sendo também um dos mais angustiantes para pacientes e familiares. Em fases finais de doença, sua prevalência pode chegar a até 70%, sendo uma das principais causas de sedação paliativa. Pode ser descrita pelo paciente como falta de ar, esforço para respirar, respiração incômoda, sensação de sufocamento e aperto no peito. Não necessariamente está associada a alterações fisiopatológicas ou sinais clínicos que a justifiquem, mas pode ter causas manejáveis e essas sempre devem ser investigadas.

### I - ASSISTENCIAL

#### 1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico é clínico e baseado no relato do paciente.

##### 1.2. Etiologias possíveis

DIRETAMENTE RELACIONADAS AO CÂNCER	INDIRETAMENTE RELACIONADAS AO CÂNCER	RELACIONADAS AO TRATAMENTO	PARANEOPLÁSICAS
<ul style="list-style-type: none"><li>Alteração do parênquima pulmonar: tumor primário ou metastático</li><li>Alterações da pleura: derrame pleural, espessamento pleural</li><li>Alterações do pericárdio: derrame pericárdico</li><li>Obstrução de vias aéreas</li><li>Alteração de vasos torácicos: compressão de veia cava, embolismo tumoral</li><li>Alterações linfáticas: linfangite carcinomatosa</li><li>Paralisia de nervo frênico</li><li>Infiltração de arcos costais/parede torácica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Broncoaspiração</li><li>Fístula traqueoesofágica</li><li>Pneumotórax</li><li>Tromboembolismo – TEP</li><li>Congestão pulmonar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Toxicidades: pulmonar e cardíaca</li><li>Radioterapia: fibrose, pneumonite, pericardite</li><li>Cirurgias: pneumectomia, lobectomia, pneumotórax, cirurgias abdominais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fraqueza muscular</li><li>Caquexia</li><li>Miopatia paraneoplásica</li><li>Anemia</li><li>Hiperviscosidade sanguínea</li><li>Paralisia diafragmática</li></ul>

#### 2. AVALIAÇÃO:

Avaliar minimamente, utilizando escala numérica ou descritor verbal: intensidade do sintoma, impacto funcional, impacto emocional e impacto social. Classificação: Leve se de 1 a 3, Moderado se de 4 a 6, Intenso se 7 a 10.

#### 3. INDICAÇÃO INTERNAÇÃO

- Pacientes com intensidade de moderada a intensa, com difícil ajuste medicamentoso em domicílio.
- Pacientes que necessitem realização de procedimentos para manejo da causa de base da dispneia.

#### 4. ALOCAÇÃO

A alocação dependerá da fase da doença e dos objetivos de cuidados (cuidados paliativos proporcionais ou cuidados paliativos exclusivos). Na maioria dos casos, pacientes poderão ser alocados em apartamento.

## 5. TRATAMENTO

### 5.1. Tratamento específico das causas de base e fatores contribuintes reversíveis encontrados (Ex.: Toracocentese)

### 5.2. Tratamento medicamentoso:

#### OPIÓIDES: classe terapêutica de escolha para controle sintomático

- **Morfina:** dose inicial - 5mg VO 4/4h ou 2mg EV ou SC 4/4h, com doses de resgate (10 a 20% da dose diária total) 2/2h. Ajustar a dose conforme necessidade de resgates para o controle sintomático.
- Na impossibilidade do uso da morfina (presença de contra indicações ou intolerância): pode-se usar **fentanil EV ou oxycodona** por via oral em doses equivalentes às doses recomendadas para a morfina, porém com menor nível de evidência. Não há evidências suficientes para uso do fentanil TD para controle de dispneia.

**BRONCODILADORES:** somente devem ser utilizados na presença de broncoespasmo como fator contribuinte, nas doses usuais.

**FUROSEMIDA:** pode ser utilizada na presença de linfangite carcinomatosa e congestão pulmonar.

- Dose recomendada: iniciar com 20 a 40 mg ao dia, com possibilidade de ajustes conforme resposta.

**CORTICOSTERÓIDES:** somente devem ser utilizados na presença de linfangite carcinomatosa, broncoespasmo, compressões tumorais ou pneumonites.

- No cenário de Cuidados Paliativos recomenda-se o uso da Dexametasona com doses iniciais de 4mg VO, EV ou SC 24/24 horas e ajustes de dose conforme resposta. **Não se recomenda ultrapassar a dose de 16mg/24hs.**

**BENZODIAZEPÍNICOS:** sem efeito direto sobre o sintoma dispneia, mas pode ser útil no controle da ansiedade associada à dispnéia.

- Lorazepam 0,5 a 1mg VO até de 8/8h
- Midazolam 0,5 a 1mg SC até de 8/8 h (Em nosso serviço utilizamos clonazepam 0,25 a 1mg VO até de 8/8hs ou alprazolam 0,25 a 1mg 8/8hs com boas respostas)

**ANTICOLINÉRGICOS:** indicados somente na presença de hipersecreção de vias aéreas ou sialorreia.

- Escopolamina 20mg VO, EV, TD ou SC 20mg até de 6/6h ou em infusão contínua até no máximo 120mg/24h
- Atropina 0,5 a 1% 2 a 4 gotas SL até 4 vezes ao dia e/ou Propantelina gel 1 a 10% retroauricular até 4 vezes ao dia

#### SEDAÇÃO PALIATIVA

- Se refratariedade às demais medidas. Acessar protocolo institucional específico para Sedação Paliativa

### 5.3. Tratamento não medicamentoso:

**FISIOTERAPIA** - Recurso adequado deve ser escolhido após avaliação da causa e intensidade da dispneia.

- Ventilador portátil: indicado para dispneia leve. Estimula terminações do nervo trigêmeo presentes na face, fazendo modulação da dispneia;
- Cateter Nasal de Alto Fluxo: indicado para dispneia leve/moderada, para pacientes que necessitem de fluxo alto e aquecido, tendo ou não necessidade de FIO2 maior que 21%. Promove pressurização pulmonar (não quantificada), melhora troca gasosa, interface é mais confortável e oferece menor risco de lesão de pele. Pode ser contínuo ou alternar com ventilação não invasiva (VNI). Desmame é realizado após controle dos sintomas passando para cateter nasal comum quando necessidade de O2.
- VNI: indicado para dispneia moderada/ intensa, pode ser associada ou não com O2. Para pacientes que precisam de maiores pressões pulmonares. Necessário atenção para protocolo institucional de risco de broncoaspiração. Em caso de necessidade de permanência de longo período, necessário proteger pele da face com película O`Gel. Desmame deve ser feito após controle da dispneia e/ou alternado com outros recursos de oxigenioterapia.
- Aspiração de secreção traqueal: Indicado quando presença de hipersecreção e diminuição de força de tosse. Deve ser considerado risco de sangramento e redução da saturação de O2 de forma intensa durante procedimento.

## 6. ALTA HOSPITALAR

- Critérios de alta: possibilidade de controle do sintoma com medicação ajustada por via oral se alta para domicílio ou, via parenteral, se alta para Hospice ou Home care
- Orientações de alta / retorno: reavaliação médica em até 1 semana da alta e, após, conforme planejamento de cuidados. Paciente deve ter fácil acesso à equipe para orientações se descontrole do sintoma no interval entre as consultas
- Prescrição médica para alta: manter prescrição com a qual se obteve controle adequado do sintoma, incluindo medidas não farmacológicas

## II – INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo médio de permanência

## III. GLOSSÁRIO

- **VO:** via oral
- **SC:** subcutâneo
- **EV:** endovenoso
- **TD:** transdérmico
- **SL:** sublingual

## IV. REFERÊNCIAS

[1] [https://sso.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-dyspnea-in-palliative-care/print?source=mostViewed\\_widget](https://sso.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-dyspnea-in-palliative-care/print?source=mostViewed_widget)

[2] Hui D et al. Management of dyspnea in advanced cancer: ASCO guideline. J Clin Oncol. 2021;39(12):1389. Epub 2021 Feb 22.

[3] [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/palliative.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf)

<b>Código Documento:</b> CPTW362.1	<b>Elaborador:</b> Polianna Mara Rodrigues de Souza	<b>Revisor:</b> Mauro Dirlando	<b>Aprovador:</b> Giancarlo Colombo	<b>Data de Elaboração:</b> 30/08/2023	<b>Data de Aprovação:</b> 15/09/2023
---------------------------------------	---	--------------------------------------	---	--	---