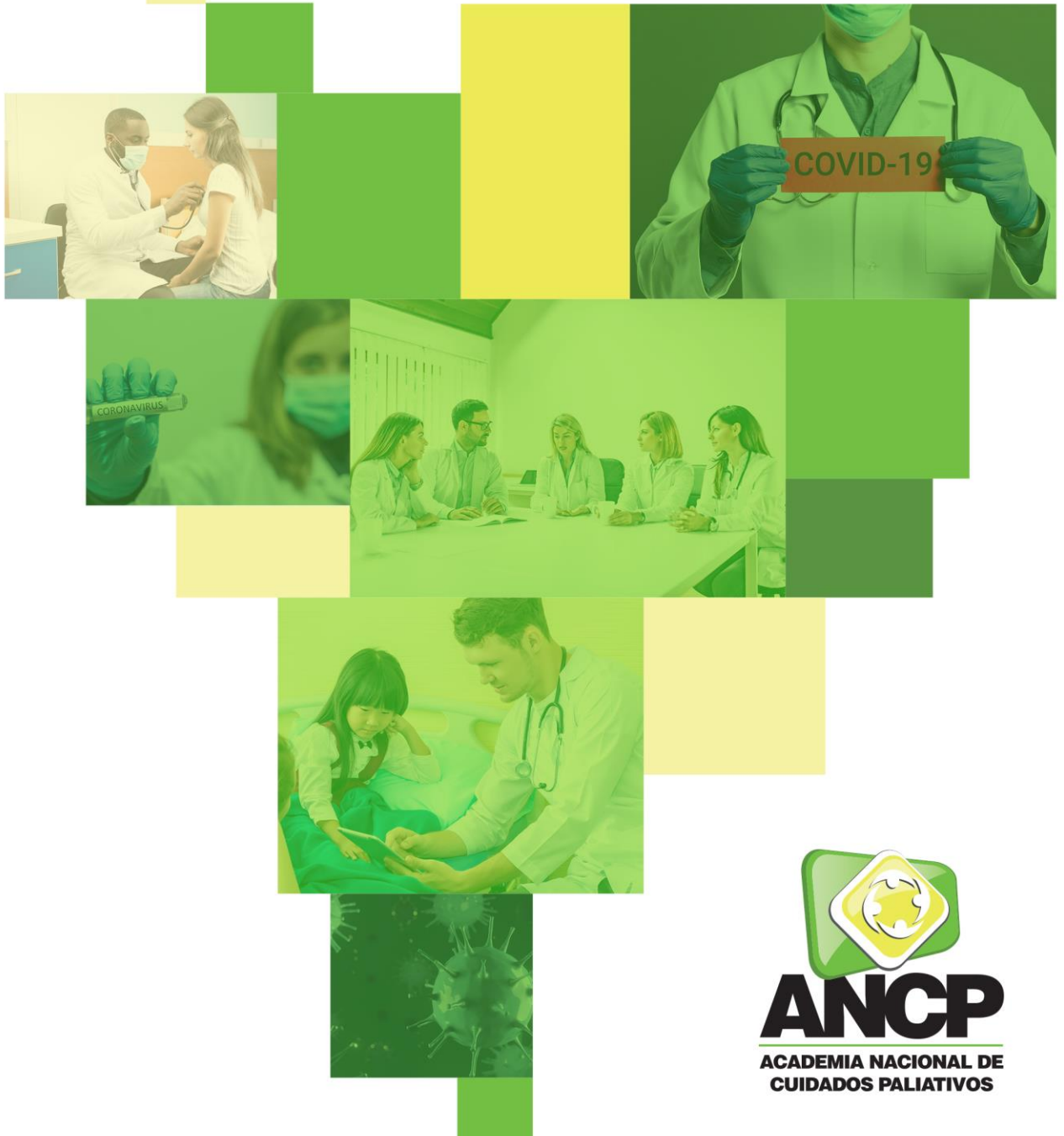


Controle de Sintomas em Cuidados Paliativos COVID-19: Dispneia fora do CTI





Dispneia ou falta de ar é a sensação subjetiva de desconforto com a respiração sendo causa comum e de grande sofrimento em pessoas com doenças crônicas, progressivas, oncológicas ou não oncológicas, em especial, em suas fases avançadas. Também pode ser sintoma desconfortável em intercorrências agudas superajuntadas, como infecções respiratórias, edema agudo de pulmão ou tromboembolismo pulmonar. Seu tratamento deve considerar a possibilidade de reversão de causas subjacentes e também a otimização do tratamento da doença de base, sempre que possível, desejável e tolerável. No contexto da pandemia pelo COVID-19 serão atendidos pacientes com dispneia nestes vários cenários descritos, sendo o controle deste sintoma mandatório para todos. A utilização de recursos como oxigenioterapia, medicamentos e assistência ventilatória invasiva e não invasiva serão opções a serem consideradas. Neste material exporemos a sugestão de fluxo para controle de dispneia nos pacientes onde o suporte ventilatório invasivo não será uma opção. Salientamos que as recomendações contidas neste documento estão embasadas nas evidências de controle de dispneia em outros cenários de cuidados paliativos, e poderão ser atualizadas, na medida em que dados sobre o manejo da dispneia especificamente no cenário de pacientes com as formas mais graves da infecção pelo COVID-19, forem publicadas.

Pacientes com desconforto respiratório:

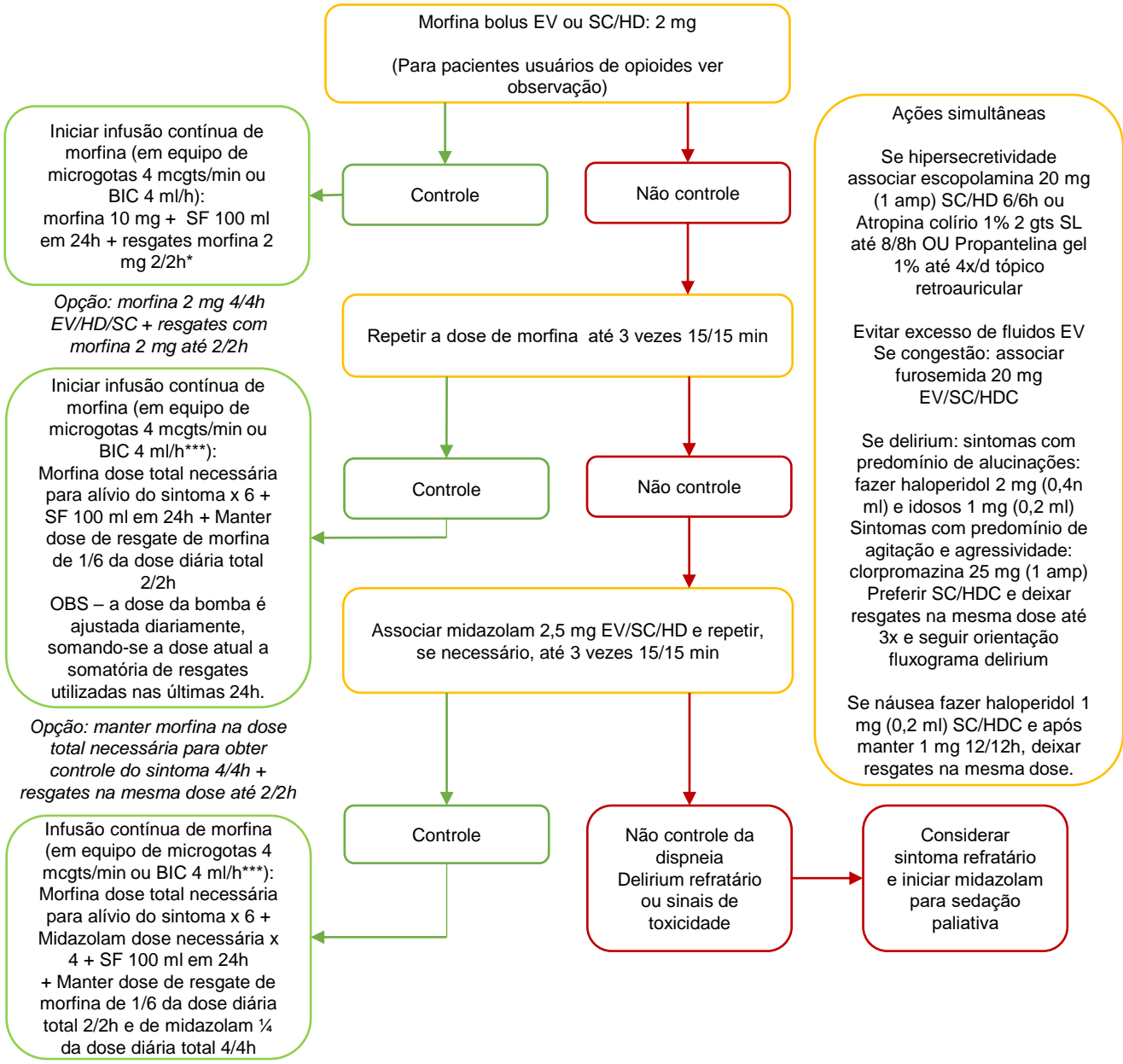
- **Pacientes comunicantes:** relatado pelo paciente, avaliado em uma escala de 0 a 10, onde 0 = eu respiro normalmente, e 10 = eu estou muito desconfortável; ou em uma escala verbal simples: desconforto respiratório ausente / leve / moderado ou médio / forte ou intenso / muito forte ou muito intenso, associado a sensação de morte iminente, agonia e agitação.
- **Pacientes não comunicante:** FR > 30 / min ou uso de músculos respiratórios acessórios (elevação da clavícula durante a inspiração) ou respiração paradoxal (depressão abdominal durante a inspiração), gemência, confusão, torpor, fácies de pavor.

Fluxograma Controle de Dispneia – Cenário Hospital, Hospice ou Home Care com enfermagem.



VNI
Evitar uso pelo risco de aerolização e aumento contágio para equipes

Oxigênio
Sem benefício na ausência de hipoxemia
Se saturação <93% considerar O2 em cateter (se necessário máscara exclusivamente reinalante).



Sinais de toxicidade:
Bradipneia, mioclonias, miose, sonolência excessiva ou coma
OBS – se presentes em paciente desconfortável considerar reduzir em 20% a dose de morfina.

Após o sintoma controlado ou a sedação iniciada, reúna a família, presencial ou virtualmente e permita manifestação de impressões, sentimentos e trace um planejamento para as próximas horas.

Atenção para laxativos se paciente com expectativa de sobrevida > que horas
Atenção para retenção urinária aguda em pacientes virgens de opioide, pode ser causa de delirium.

EV – Endovenoso; SC – Subcutâneo; HD – Hipodermoclise; BIC – Bomba de infusão contínua, mcgts - microgotas



Nota:

Pacientes usuários de opioides em dosagens superiores a morfina oral > 30 mg ao dia; Metadona > 5 mg ao dia, Fentanil > 12,5 mcg/h e Buprenorfina > 10 mcg/h poderão necessitar de doses maiores de morfina para controle da dispneia. Para estes pacientes recomendamos que a dose inicial seja de 25% da dose diária total em uso.

Para os pacientes que estiverem em uso de opioides não morfina utilizar a tabela de conversão para chegar a dose de morfina equivalente e fazer os cálculos a partir desta dose.

Usuários de opioides ao iniciar infusão contínua de morfina devem converter o opioide em uso para morfina e ter esta dose já em uso adicionada a solução de fluxo contínuo

Pacientes com insuficiência renal (clearance < ou = a 50 ml/min devem reduzir doses em 50% e considerar aumento do intervalo entre as doses ou troca por metadona ou fentanil em doses equivalentes.

*A solução de morfina também pode ser feita de forma decimal. Por exemplo uma solução de SF 100 + Morfina 20 mg = 0,2 mg/ml, neste caso para 10 mg em 24h o fluxo deverá ser de 2,08 ml/h e os resgates de 2 mg poderão ser feitos através de bolus de 10 ml na própria bomba, reduzindo manipulação, uso de pessoal e tempo de resposta.

**A morfina não tem dose teto, o limite de dose é dado por sinais de toxicidade ou controle do sintoma. No entanto recomendamos até 6 resgates em 24h, se um número maior for necessário deve-se rever a dose da morfina na BIC e recalcular o resgate, que deverá ser de 10% da dose total de morfina que será infundida em 24h.

***Serviços que não disponham de equipo de microgotas, nem de bomba de infusão, deverão ajustar a solução para um fluxo maior por hora, como a sobrecarga hídrica é prejudicial para o controle da dispneia recomendamos a utilização de 360 ml de diluente com fluxo de 5 gts por min.



Drogas utilizadas neste fluxograma:

- Morfina ampolas de 2 mg (1 mg/ml - ampolas de 2 ml)
- Morfina ampolas de 10 mg (10mg/ml - ampola de 1 ml)
- Haloperidol ampolas de 5 mg (5 mg/ml - ampola de 1 ml)
- Clorpromazina ampolas de 25 mg (5 mg/ml - ampola de 5 ml)
- Escopolamina ampolas de 20 mg (20 mg/ml - ampola de 1 ml)
- Atropina colírio 1%
- Propantelina gel 1%
- Midazolam ampolas de 5 mg (1 mg/ml ampola de 5 ml), 15 mg (5 mg/ml - ampola de 3 ml) ou 50 mg (5 mg/ml - ampola de 10 ml)



Pacientes com desconforto respiratório:

- **Relatado pelo paciente:** avaliado em uma escala de 0 a 10, onde 0 = eu respiro normalmente e 10 = eu estou muito desconfortável; ou em uma escala verbal simples: desconforto respiratório ausente / leve / moderado ou médio / forte ou intenso / muito forte ou muito intenso.
- **Paciente não comunicante:** FR > 24 / min ou uso de músculos respiratórios acessórios (elevação da clavícula durante a inspiração) ou respiração paradoxal (depressão abdominal durante a inspiração), agitação, gemência, confusão, torpor.

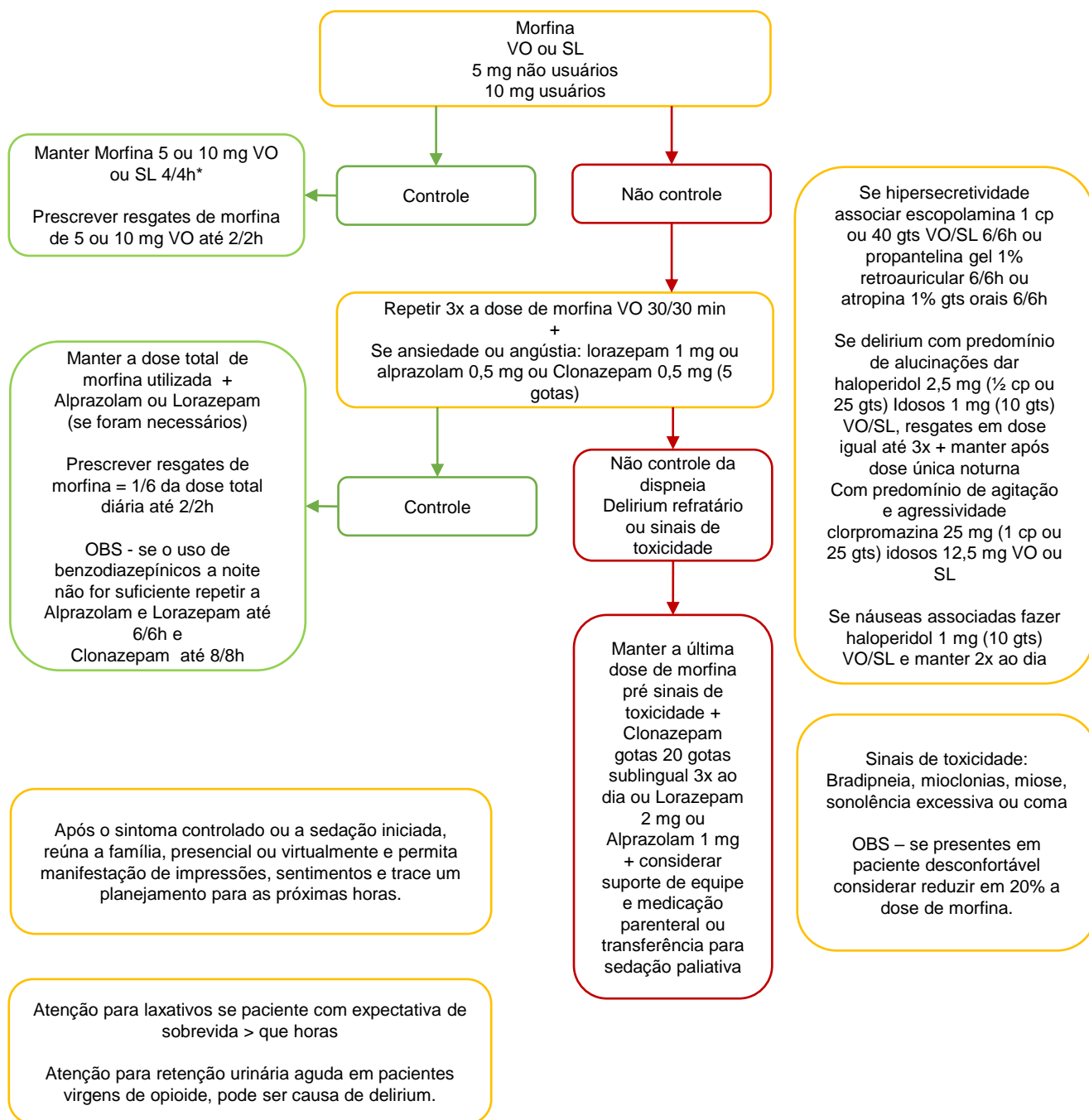
ATENÇÃO – Neste cenário o mais importante é antecipar os acontecimentos, deixar a prescrição antecipada destes fluxogramas e buscar organizar os cuidados de forma que as medicações estejam antecipadamente na casa ou ILPI de forma a ser possível o início do tratamento com orientações via telemedicina.

Informar o paciente consciente e/ou familiares passo a passo e antecipar o recurso da sedação em caso de falha de controle com as medidas iniciais.

Ventile o ambiente, abra janelas, resfrie o rosto do paciente com compressas frias (evite uso de ventilador quando infecção por COVID-19 suspeita ou confirmada), garanta uma roupa confortável, ajustar a posição se for confortável para o paciente (eleve a cabeceira, sente-se na vertical ou 30°, pernas não cruzadas, deixe os ombros caírem (Evitar travesseiro no ombro, hiperestendendo o pescoço), mantenha a cabeça erguida; incline-se para a frente), usar técnicas de relaxamento, tranquilizar o ambiente.



Fluxograma Controle de Dispneia – Cenário Domicílio ou Instituição de Longa Permanência do Idoso (ILPI) (sem medicações parenterais)



VO - Via oral; SL - Sublingual

*Se paciente confortável dobrar a dose das 22h e reiniciar as 6h para possibilitar 8h de sono



Drogas utilizadas neste fluxograma:

Morfina comprimidos de liberação rápida 10 mg

Morfina gotas 10 mg/ml = 0,3125 mg/gt

Haloperidol comprimidos de 5 mg

Haloperidol Gotas 0,1 mg/gt

Clorpromazina comprimidos de 25 mg

Clorpromazina gotas 1 mg/gt

Escopolamina gotas 0,5 mg/gota

Alprazolam comprimido de 0,5 mg

Lorazepam comprimidos de 1 mg

Clonazepam gotas 0,1 mg/gt

Clonazepam comprimido sublingual 0,25 mg

Atropina colírio 1%

Propantelina gel 1%

O desconforto da dispneia pode ser bastante desafiador de paliar no domicílio sem suporte de home care, no entanto, é possível organizar a medicação em bolus para ser feita em aplicações pontuais ou mesmo o uso de estrutura de maior complexidade nos casos em que home care estiver disponível.

Casos onde o conforto não puder ser obtido no domicílio deve ser considerada transferência para unidade de pronto atendimento ou hospital, de acordo com a organização dos serviços em sua localidade.



Tabela 1 – Equivalência entre opioides (orais e parenterais)

| OPIOIDES | DOSE | PARA MORFINA ORAL | PARA MORFINA EV/SC | DURAÇÃO DA AÇÃO |
|---|---------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| Morfina (via oral) liberação rápida | 30 mg | X1 | :3 | 3-4 horas |
| Morfina (via oral) liberação controlada | 30 mg | X1 | :3 | 12 horas |
| Morfina (via subcutânea) | 15 mg | X2 | X1 | – |
| Morfina (via endovenosa) | 10 mg | X3 | X1 | – |
| Metadona | Veja Tabela 2 | – | - | 8-120 horas |
| Fentanil (via transdérmica) | Veja Tabela 3 | – | - | 72 horas |
| Buprenorfina (via transdérmica) | Veja Tabela 3 | - | - | 7 dias |
| Oxicodona | 10 | X2 | | 12 horas |
| Codeína | 30 mg | :10 | | 3-4 horas |
| Tramadol liberação rápida (via oral) | 50 mg | :5 | | 4-6 horas |
| Tramadol liberação retardada | 100 mg | :5 | | 12h |
| Tramadol (via endovenosa) | 100 mg | :3 | | 4-6 horas |

Tabela 2 – Conversão de morfina oral para metadona oral

| MORFINA ORAL | FATOR DE CONVERSÃO |
|---|--------------------|
| (dose total de morfina em 24h: dose total de metadona em 24h) | |
| 30-90 mg | 4:1 |
| 90-300 mg | 8:1 |
| 300-600 mg | 10:1 |
| 600-800 mg | 12:1 |
| 800-1000 mg | 15:1 |
| >1000 mg | 20:1 |

Tabela 3 – Conversão de opioides orais para opioides transdérmicos

| OPIOIDE ORAL | FATOR DE CONVERSÃO |
|--|------------------------------|
| (dose total de morfina oral em 24 h: dose total de opioide TD) | |
| Fentanil transdérmico | 200 mg/dia: 100 mcg/h |
| Buprenorfina transdérmica | 60 mg/dia: patch de 10 mcg/h |



1. Care, N., Nhs, A., Medicine, P., Britain, G., & Mbe, F. M. (2020). COVID-19 and Palliative , End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care. (March).
2. Coradazzi, Ana Lucia; Tardelli, Marcela; Caponero, R. (2019). Dor. In Cuidados paliativos: Diretrizes para melhores práticas (Primeira, pp. 21–54). SÃO PAULO: MG Editores.
3. Downar, J., & Seccareccia, D. (2010). Palliating a Pandemic: “All Patients Must Be Cared For.” *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(2), 291–295. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.241>
4. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. 2014
5. Hui, D., Frisbee-Hume, S., Wilson, A., Dibaj, S. S., Nguyen, T., De La Cruz, M., Bruera, E. (2017). Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care. *JAMA*, 318(11), 1047. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11468>
6. Palliative sedation at the end of life (2016) practice guidelines - Publication of the Collège des médecins du Québec - <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-en-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>
7. SECPAL. (2020). Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad covid 19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida.
8. Société Française D’accompagnement Soins Et De Palliatifs. (2020). CONSIGNES Dyspnee et detresses respiratoires COVID. 1–2.
9. Symptom management for adult patients with COVID-19 receiving end-of-life supportive care outside of the ICU. 2020. Disponível em <https://med-fom-fpit.sites.olt.ubc.ca/files/2020/03/COVID-19-End-of-Life-Symptom-Management.pdf>
10. Twycross Robert , Wilcock Andrew, H. P. (Ed.). (2014). *Palliative Drugs. Palliative Care Formulary* (5 ed.). Retrieved from <https://www.palliativedrugs.com/>



11. Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Gristina, G., Livigni, S., Mistraletti, G., & Petrini, F. (2020). CLINICAL ETHICS RECOMMENDATIONS FOR THE ALLOCATION OF INTENSIVE CARE TREATMENTS, IN EXCEPTIONAL, RESOURCE-LIMITED CIRCUMSTANCES Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances. 1–8.
12. Waldman, E., & Glass, M. (2019). A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises, 1–17. Disponível em <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-9?print=pdf>
13. WHO (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. World Health Organization Interim Guidance.
14. WHO (2018). Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises. A WHO Guide.

Caso tenha sugestões para o material ou dúvidas, por favor, entre em contato conosco pelo:

covid@paliativo.org.br

Autores:

Claudia Luci dos Santos Inhaia (SP)
Sabrina Corrêa da Costa Ribeiro (SP)

Colaboração:

Sarah Ananda Gomes (MG)
Fabiano Moraes Pereira (MG)



ANCP

ACADEMIA NACIONAL DE
CUIDADOS PALIATIVOS

Rua Artur de Azevedo, 289, Sala 03 - Pinheiros – São Paulo, SP - Brasil

www.paliativo.org.br