

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 1/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021	Próxima revisão: 30/04/2023
		Versão: 1	

1. SUMÁRIO

2. SIGLAS.....	1
3. CONCEITO.....	1
4. OBJETIVOS.....	2
5. JUSTIFICATIVA.....	2
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	2
7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	2
8. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	3
9. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	6
10. MANEJO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	6
11. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....	7
12. CRITÉRIOS DE ALTA.....	7
13. CRITÉRIOS DE UTI.....	7
14. FLUXOGRAMAS.....	7
15. REFERÊNCIAS.....	9
16. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	9

2. SIGLAS

FR: frequência respiratória
 SAO2: saturação de oxigênio
 TEP: tromboembolismo pulmonar
 IAM: infarto agudo do miocárdio
 DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica
 ICC: insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
 PCR: Proteína C Reativa
 PRO-BNP: Peptídeo natriurético cerebral.

3. CONCEITOS

Dispneia é um termo usado para caracterizar uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que é composta por sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade. A experiência deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais e pode induzir fatores fisiológicos e comportamentais com respostas secundárias (PARSHALL et al., 2012).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 2/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 30/04/2023

4. OBJETIVOS

- Identificar precocemente o paciente internado com dispneia;
- Estratificar intensidade e risco do evento;
- Identificar a possível etiologia da dispneia;
- Alocar o paciente no setor com nível de suporte adequado;
- Adotar tratamento adequado para resolução do quadro.

5. JUSTIFICATIVAS

A dispneia é um sintoma que geralmente representa doença grave. O diagnóstico diferencial e tratamento específico da dispneia é sempre um desafio para a equipe assistencial. A investigação deve ocorrer de forma assertiva paralelamente a um tratamento inicial adequado para coibir esse quadro potencialmente fatal. As vias aéreas, a respiração e a circulação são o foco principal do médico ao iniciar o tratamento do paciente com dispneia aguda. Uma vez que estes estejam estabilizados a investigação clínica e tratamento adicionais podem prosseguir². Dessa forma a criação de um protocolo institucional do diagnóstico diferencial e manejo inicial da dispneia é indispensável para a segurança do paciente.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

a. Inclusão no protocolo:

- FR>20ipm
- Sao₂<93% em ar ambiente
- Necessidade do uso de oxigênio suplementar em qualquer fluxo
- Queixa subjetiva de dispneia
- Sinais de Hipóxia tecidual (cianose, alteração do nível de consciência)

b. Exclusão do protocolo:

- Ausência ou resolução dos sinais e sintomas de dispneia.

7. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Sendo a dispneia condição que pode oferecer risco imediato de complicações graves, inclusive o óbito, toda a equipe assistencial deve estar envolvida na identificação e manejo:

- Médico:** Deve coordenar a equipe assistencial, orientando as medidas a serem tomadas, além de identificar etiologia do quadro adotando as medidas gerais e específicas para a condição do paciente.
- Enfermagem:** Responsável por providenciar a monitoração dos sinais vitais identificando precocemente sinais de alerta e gravidade.
- Fisioterapia:** Manejo dos dispositivos de oxigenação suplementar, além de otimizar posicionamento do paciente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 3/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 30/04/2023

- d. Fonoaudiologia: Avaliar condições do paciente de manter via oral patente, além de identificar risco de broncoaspiração e medidas alternativas para o suporte nutricional.
- e. Nutrição: Sugerir e garantir suporte calórico basal para recuperação do paciente.
- f. Psicologia: Atuar nos componentes psicogênicos da dispneia, assim como auxiliar o restante da equipe junto as angústias e expectativas do paciente e familiares.

8. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Investigação

Tempo de Instalação

-Aguda/ Súbita: instala-se em minutos. Exemplos: tromboembolismo pulmonar maciço (TEP maciço), broncoespasmo, edema agudo de pulmão, aspiração de corpo estranho, pneumotórax hipertensivo, infarto agudo do miocárdio (IAM), arritmias, crise de ansiedade;

-Subaguda: instala-se em horas. Exemplos: sepse, descompensação metabólica, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou insuficiência cardíaca congestiva (ICC) descompensada, derrame pleural;

-Crônica: mais de 30 dias de instalação. Exemplos: infecção respiratória, mau controle de comorbidades.

Comorbidades do Paciente e Causa da Internação Atual:

É importante conhecer as patologias de base do paciente, como alergias, doenças crônicas (asma, DPOC, ICC), assim como a patologia ou condição da internação atual (presença de foco infeccioso, cirurgia recente, imobilização prolongada, introdução recente de medicações novas, trauma). O tempo de instalação e sintomas associados, como dor torácica, febre ou piora posicional podem ser de grande importância na determinação da etiologia. Cianose, nível de consciência, presença de corpo estranho em via aérea e auscultas pulmonar e cardíaca devem ser avaliadas. Sinais de pneumotórax e empastamento de panturrilhas também podem orientar o diagnóstico etiológico (Figura 1).

Diante de uma situação emergencial, sinais e sintomas clínicos comumente associados a determinadas entidades clínicas devem ser pesquisados. São exemplos a queixa de dor torácica, associada ao IAM; a presença de febre e tosse, relacionadas a infecções respiratórias; episódios de sibilância, encontrados no broncoespasmo; ou ainda sinais de congestão pulmonar, característicos de ICC descompensado. Entretanto, algumas patologias podem cursar com poucas alterações além da dispneia, como TEP e pneumotórax, e devem ser, portanto, lembradas pelo médico assistente (Figura 2).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 4/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021	Próxima revisão: 30/04/2023
		Versão: 1	

Figura 1 - Etiologia dos distúrbios respiratórios.

Etiologia dos distúrbios respiratórios

CAUSAS DE DISPNEIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO FOCAL
Obstrução de Vias Aéreas		
CORPO ESTRANHO	Início súbito durante a alimentação Sensação de corpo estranho	Respiração ruidosa em obstrução parcial Incapacidade de emitir sons (falar ou tossir)
INFECÇÃO	Início gradual Dor à deglutição	Febre Dificuldade para abrir a boca
ANAFILAXIA	Início súbito após medicação, alimentos ou picada de inseto	Urticária, edema da língua e lábios Respiração ruidosa, broncoespasmo, hipotensão arterial
Causas Respiratórias		
ASMA	Início súbito, história de tratamento de asma	Tosse, sibilos, prolongamento da expiração
DPOC	Início gradual, história de tratamento de bronquite ou enfisema, tosse crônica produtiva. Tabagismo	Enfisema: Tórax em tonel Tosse, sibilos, prolongamento da expiração
PNEUMONIA	Início gradual, dor pleurítica, febre, tosse	Febre, taquicardia, taquipnéia, estertores crepitantes e roncos
PNEUMOTÓRAX	Início súbito, dor pleurítica	Redução do MV no hemitórax afetado, timpanismo à percussão
EMBOLIA PULMONAR	Início súbito, dor pleurítica, história de cirurgia recente ou imobilização, uso de anticoncepcionais orais	Tosse, hemoptóicos, dor torácica Síncope
Causas Cardíacas		
GERAIS	Diagnóstico prévio de doença cardíaca História prévia de dor torácica tipo anginosa	Estertores crepitantes nas bases pulmonares

Fonte: Fernanda Braga Seganfredo et al. DISPNEIA AGUDA NO PACIENTE HOSPITALIZADO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO, 2015.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 5/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 30/04/2023

Figura 2 – Diagnóstico diferencial da etiologia dos distúrbios respiratórios.

Diagnóstico diferencial da etiologia dos distúrbios respiratórios

CONDIÇÃO	HISTÓRIA	SINTOMAS	SINAIS	RX DE TÓRAX	LABORATÓRIO
TÓRAX INSTÁVEL	Trauma	Dor com a respiração	Respiração paradoxal	Fratura de arco costal	
FRAQUEZA MUSCULAR	Início gradual	Fraqueza de outros músculos		Normal	
PNEUMOTÓRAX	Início súbito, às vezes trauma	Tosse e dor pleurítica comuns	MV diminuído Timpanismo	Colapso pulmonar. Se hipertensivo há desvio do mediastino	
DERRAME PLEURAL	Início gradual	Dor pleurítica e dispnéia	MV diminuído Macicez à percussão		
ATELECTASIA	Início variável	Dor pleurítica e dispnéia, às vezes febre	MV diminuído Macicez à percussão		
EDEMA PULMONAR	Evolução em horas ou dias	Tosse, dispnéia de esforço, ortopnéia	Estertores bibasais, às vezes sibilos	Infiltrados alveolares bilaterais, às vezes simétricos	
PNEUMONIA	Evolução em horas ou dias	Febre, tosse, expectoração e dor pleurítica	Estertores na área afetada, febre	Infiltrados alveolares	Leucocitose Leucócitos e bactérias no escarro
ASPIRAÇÃO	Início súbito, associado com redução do sensório	Tosse	Vômito no tubo endotraqueal	Normal ou infiltrado	
OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS	Súbita	Respiração ruidosa, afonia	Estridor inspiratório	Rx de pescoço pode ser útil	
ASMA	Ataques prévios	Tosse	Tosse, sibilos	Hiperinsuflação	
DPOC	Dispnéia prévia	Tosse	Sibilos, hiperinsuflação	Hiperinsuflação, às vezes pneumonite	
EMBOLIA PULMONAR	Início súbito	Tosse, dor pleurítica, hemoptise	Taquicardia, às vezes sinais de Cor Pulmonale Agudo	Geralmente normal, às vezes infiltrados ou atelectasia	D-Dímero
ACIDOSE METABÓLICA	Início gradual	Taquipnéia, desconforto respiratório	Hiperventilação	Normal	pH sérico e bicarbonato baixos
PSICOGÊNICA	Ataques prévios comuns	Taquipnéia, ansiedade	Algumas vezes tetania	Normal	Alívio com sistema de reinalação (bolsa de papel)

Fonte: Extraído de, _____.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 6/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 30/04/2023

9. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

- a. Exames laboratoriais:** Colher sangue venoso para dosagem de: hemograma, glicemia, PCR, creatinina, ureia, troponina, CKMB, Dímero, Pró-BNP, TAP e PTT
- b. Outros exames:** Estão representados na figura 3.

Figura 3 - Exames complementares indicados.

Quadro 1: Exames Complementares

ECG	Arritmias, distúrbios de condução, hipertrofia ventricular, alterações isquêmicas e pericardiopatias
RX de Tórax	Alterações pulmonares ou cardíacas (congestão, cardiomegalias, índice cardio-torácico >0,5)
Exames Laboratoriais	Anemia, policitemia (DPOC), acidose metabólica (uremia), acidose respiratória (DPOC ou doenças restritivas), BNP (<100= causa pulmonar, >400 =causa cardíaca)
Espirometria ou Pico de fluxo expiratório	Doenças Obstrutivas (VEF/CVF< 70% ou VEF1 <80%) ou Intersticiais.
Gasometria Arterial	- Acidose metabólica: hiperventilação compensatória (pH<7,35; HCO3< 24mEq/L; pCO2< 40mmHg) - Alcalose respiratória (pH>7,45; pCO2<40mmHg; HCO3<24mEq/L)

(Legendas: DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; VEF- Volume Expiratório Forçado; CVF: Carga Vital Forçada; VEF1: VEF no 1º minuto)

Fonte: Extraído de Fernanda Braga Seganfredo et al. DISPNEIA AGUDA NO PACIENTE HOSPITALIZADO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO, 2015.

10. MANEJO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

1. Ter certeza que as vias aéreas estão abertas e que a respiração está adequada;
2. Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório com fluxo de 10 a 15 l/min (vide quadro 1);
3. Obter acesso venoso periférico;
4. Assistir respiração com BVM – bolsa-válvula-máscara – se indicado;
5. Manter saturação > 90%;
6. Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva e oxímetro e pulso;
7. Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso;
8. Colher sangue venoso para dosagem de: hemograma, glicemia, creatinina, uréia, troponina, CKMB, Dímero, ProBNP, TAP e PTT;
9. Colher gasometria arterial;
10. Radiografar tórax de pacientes descompensados no leito;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 7/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 30/04/2023

11. Intubar imediatamente pacientes com nível de consciência deprimido (Glasgow ≤ 8), instabilidade hemodinâmica ou fadiga extrema;
12. Empregar broncodilatadores por via inalatória para reverter broncoespasmo;
13. Reavaliar o nível de consciência, ABC e sinais vitais a cada 5 minutos no mínimo;
14. Tratar a causa específica (Figura 4).

11. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- a. Frequência respiratória > 20 ipm
- b. Saturação arterial de oxigênio $< 93\%$ em ar ambiente
- c. Sinais de desconforto respiratório com utilização de musculatura acessória
- d. Dispnéia aguda com sinais de gravidade: alteração do nível de consciência e/ou hipotensão e/ou crise hipertensiva.
- e. Dispneia aguda associada a outros sinais de Sepse (taquicardia, febre, alterações laboratoriais sugestivas).

12. CRITÉRIOS DE ALTA:

- a. $SAO_2 > 93\%$ em ar ambiente (não considerar casos em que a saturação basal já compreenda valores abaixo deste)
- b. $FR < 20$ ipm
- c. Resolução/controlado da etiologia da dispnéia

13. CRITÉRIOS DE UTI

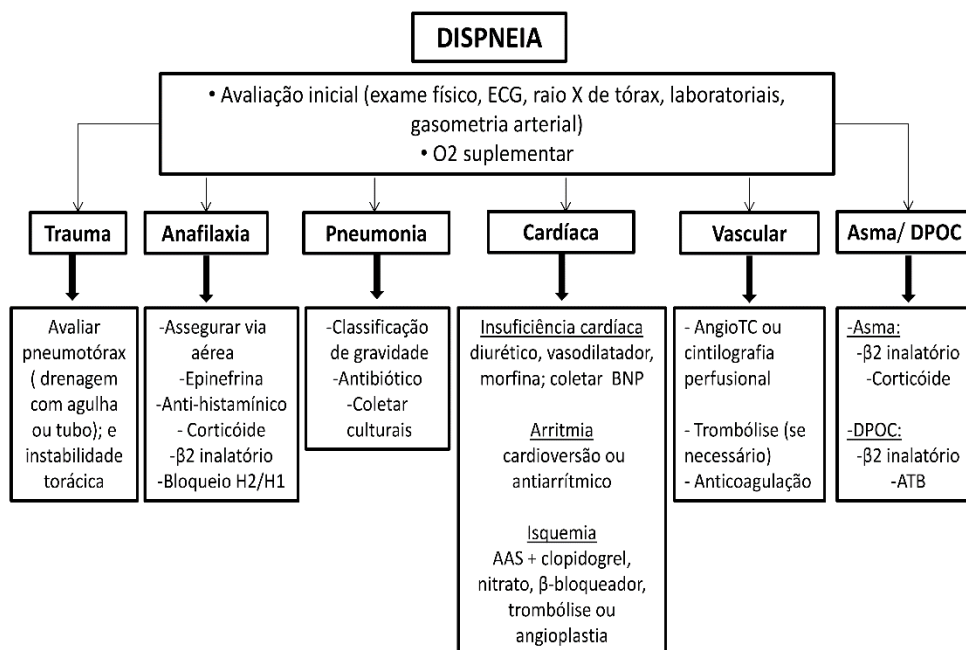
- a. $SAO_2 < 90\%$ a despeito de suporte de oxigênio com dispositivo alto fluxo
- b. $FR > 40$ ipm apesar das medidas gerais e específicas adotadas
- c. Sinais de insuficiência respiratória
- d. Glasgow < 8
- e. Hipercapnia com $PH < 7,2$
- f. Instabilidade hemodinâmica/elétrica

14. FLUXOGRAMAS

O fluxograma do manejo da dispneia está representado na figura 4.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 8/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021	Próxima revisão: 30/04/2023
		Versão: 1	

Figura 4 - Manejo da Dispneia



Fonte: Extraído de Fernanda Braga Seganfredo et al. DISPNEIA AGUDA NO PACIENTE HOSPITALIZADO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO, 2015.

Quadro 1 - Dispositivos Utilizados para oferta suplementar de O2

Dispositivo de baixo fluxo	FiO2 (%)	Fluxos de O2 (L/min)
Cânula nasal	25 a 40	1 a 4
Máscara simples 35 a 50	Máscara simples 35 a 50	5 a 10
Máscara com reinalação parcial	50 a 60	10 a 12
Máscara não reinalante	80 até 95	10 a 15 (média 5-10)
Dispositivo de alto fluxo		
Máscara de Venturi	25 a 60	12 a 15
Capacete de Oxigênio (hood)	25 a 90	10 a 15

Fonte: Unidade de Clínica Médica, Hupaa-Ufal/EBSERH, 2021.

15. REFERÊNCIAS

Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. Am J Respir Crit Care Med 2012; 185:435.

Ray P, Birolleau S, Lefort Y, et al. Acute respiratory failure in the elderly: etiology, emergency diagnosis and prognosis. Crit Care 2006; 10: R82.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 9/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 30/04/2023

Malas O, Cağlayan B, Fidan A, et al. Cardiac or pulmonary dyspnea in patients admitted to the emergency department. *Respir Med* 2003; 97:1277.

Ambrosino N, Serradori M. Determining the cause of dyspnoea: linguistic and biological descriptors. *Chron Respir Dis* 2006; 3:117.

Ambrosino N, Serradori M. Determining the cause of dyspnoea: linguistic and biological descriptors. *Chron Respir Dis* 2006; 3:117.

Fernanda Braga Seganfredo et al. DISPNEIA AGUDA NO PACIENTE HOSPITALIZADO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO.

Schwartzstein RM. Approach to the patient with dyspnea [Database on internet]. 2015 Apr [updated Jan 14, 2014; cited 2015 Mar 11]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea> Topic 1436 Version 7.0.

16. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1	30/04/2021	Marcus Vinicius Palmeira Oliveira	Institui o Protocolo de Diagnóstico diferencial da dispneia.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UCM.P001 - Página 10/10	
Título do Documento	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DISPNEIA	Emissão: 30/04/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 30/04/2023

Elaboração: Marcus Vinicius Palmeira Oliveira Médico da Unidade de Clínica Médica	Data: ____/____/____
Análise: Maria Raquel dos Anjos Silva Guimarães Médica Infectologista do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - SCIRAS	Data: ____/____/____
Validação: Celina de Azevedo Dias Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Data: ____/____/____
Aprovação: Aryana Isabelle de Almeida Neves Siqueira Chefe interina da Divisão Médica	Data: ____/____/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte