



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

DIRETRIZ DE TRATAMENTO FARMACOLOGICO DA DOR

Versão eletrônica atualizada em março/2012

Definição

Diretriz que orienta a prescrição de fármacos que visam aliviar a Dor Aguda e Crônica

Objetivos

Orientar médicos, enfermeiros e farmacêuticos e todos os profissionais que atuam no tratamento farmacológico de pacientes com dores na SBIBAE

Indicação

Pacientes adultos que apresentam dores agudas decorrentes de pós-operatório, traumatismos, queimaduras ou crises de agudização de doenças crônicas.
Pacientes adultos que apresentam dores crônicas ou persistentes associadas a doenças crônicas de origem benigna (diabetes melitus, hérnias discais, artroses, artrites, fibromialgia, bursites, etc) ou relacionadas ao Câncer

Instruções Específicas

O tratamento da dor segue as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), com ajustes necessários conforme cada caso clínico. Após protocolos de avaliação e re-avaliação da dor de acordo com as escalas de mensuração adequadas para cada paciente, inicia-se o tratamento medicamentoso.

1.Escada Analgésica da OMS

A Escada Analgésica da OMS sugere a organização e padronização do tratamento analgésico da dor baseado em uma escada de três degraus de acordo com a intensidade de dor que o paciente apresenta.

O primeiro degrau recomenda o uso de medicamentos analgésicos simples e antiinflamatórios para dores fracas.

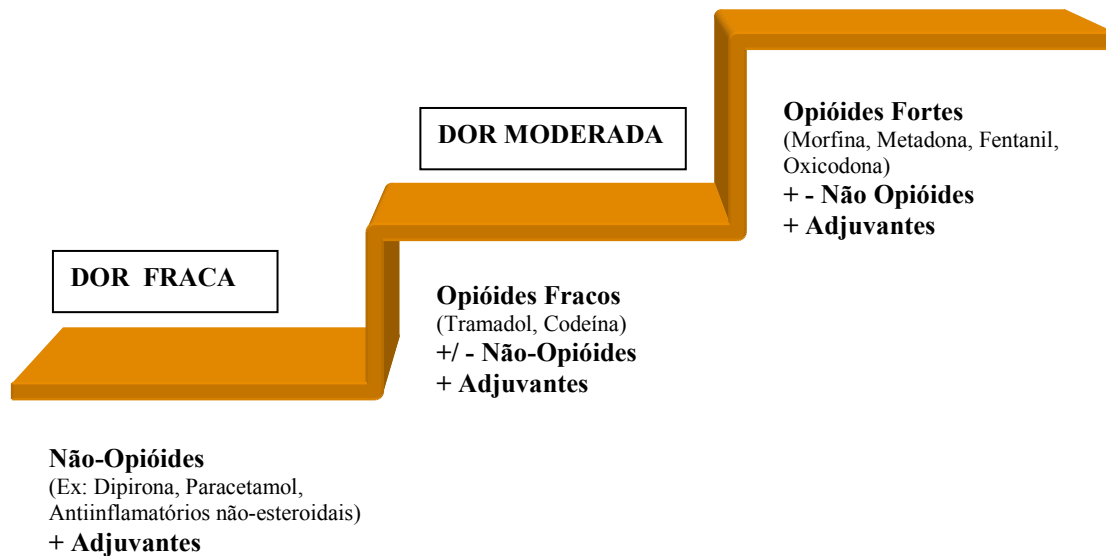
O segundo degrau sugere opioides fracos, que podem ser associados aos analgésicos simples ou antiinflamatórios do primeiro degrau, para dores moderadas.

O terceiro degrau consta de opioides fortes, associados ou não aos analgésicos simples ou antiinflamatórios, para dores fortes.

Os adjuvantes podem ser usados nos três degraus da escada.

A escada de três degraus indica classes de medicamentos e não fármacos específicos, proporcionando ao médico flexibilidade e possibilidade de adaptação de acordo com as particularidades de seu paciente

DOR FORTE



2.Princípios da Escada Analgésica OMS

2.1-Pela Escada:

Para dores agudas: usar a escada de forma descendente, ou seja, usar o terceiro ou segundo degrau nos primeiros dias de hospitalização ou após cirurgias/procedimentos dolorosos de acordo e as escalas de mensuração de dor e associados a técnicas de analgesia ou anestesia regional em princípios de analgesia multimodal. Nos dias subsequentes ao trauma tecidual, descer a escada analgésica da OMS.

Para dores crônicas: Inicia-se pelo primeiro degrau para dores fracas. Quando não ocorre alívio da dor, adiciona-se um opioide fraco para a dor de intensidade leve a moderada (segundo degrau). Quando esta combinação é insuficiente deve-se substituir este opioide fraco por um opioide forte. **Somente um medicamento de cada categoria deve ser usado por vez.** Os medicamentos adjuvantes devem ser associados em todos os degraus da escada, de acordo com as indicações específicas (antidepressivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, bifosfonados, corticosteróides, etc.).

2.2-Via Oral:

Os analgésicos devem ser administrados de preferência pela via oral. Vias de administração alternativas como retal, transdérmica ou parenteral podem ser úteis em pacientes com disfagia, vômitos incoercíveis ou obstrução intestinal.

2.3-Intervalos Fixos:

Os analgésicos devem ser administrados a intervalos regulares de tempo. A dose subsequente precisa ser administrada antes que o efeito da dose anterior tenha terminado. A dose do analgésico precisa ser condicionada à dor do paciente, ou seja, inicia-se com doses pequenas, sendo progressivamente aumentada até que ele receba alívio completo, ou seja, titulação da dose opioide.

Não prescrever no regime se necessário.

Alguns pacientes que utilizam opioides necessitam de doses de resgate além das doses regulares para as dores incidentais ou súbitas (10 a 30% da dose total diária).

2.4-Individualização:

A dose correta dos opióides é a que causa alívio da dor com o mínimo de efeitos adversos. Se a analgesia é insuficiente, o paciente deve ser reavaliado e deve-se subir um degrau da escada analgésica e não prescrever medicamento da mesma categoria.

2.5-Atenção aos detalhes:

Explicar detalhadamente os horários dos medicamentos e antecipar as possíveis complicações e efeitos adversos, tratando-as profilaticamente. O paciente que usa opioide de forma crônica deve receber orientações sobre laxativos.

3. Tratamento Farmacológico da Dor

3.1- Tratamento da Dor Leve (1º degrau escada analgésica)

A dor leve (EVN:1-3) é comumente tratada com analgésicos não opioides. A dipirona é o seu representante mais empregado em nosso meio. Depois, segue-se o uso do paracetamol e dos antiinflamatórios não hormonais (AINH's).

3.2 - Tratamento da Dor Moderada (2º degrau escada analgésica)

Tradicionalmente, doentes portadores de dor moderada (EVN: 4-6) têm recebido a associação entre dipirona ou paracetamol, AINH's, opioide fraco, como a codeína e o tramadol,.

3.3 - Tratamento da Dor Intensa (3º degrau escada analgésica)².

A morfina é o medicamento mais comumente empregado no controle da dor intensa (EVN:7-10). Cada opióide tem suas diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas que contribuem para a melhor alívio da Dor

Observação: Opções para titulação dose opióide em pacientes com dor aguda:
Morfina 2mg EV ou SC ou morfina 5 mg VO a cada reavaliação
(tempo para reavaliação : 10 a 20 minutos; tempo máximo: 60 minutos) até alívio da dor ou Escala de Sedação ≥ 2 .

4 – Adjuvantes Tratamento da Dor Crônica Neuropática

Este grupo heterogêneo de medicamentos contribui para o alívio da dor, tratam os efeitos adversos dos analgésicos e melhoram distúrbios psicológicos associados ao quadro algico.

Tabela 4.5: Medicamentos adjuvantes

Medicamento	Dose	Precaução
-------------	------	-----------

Amitriptilina	Risco de confusão mental nos idosos, cuidado em pacientes com glaucoma e cardiopatias. Produz sonolência
Nortriptilina	Os mesmos da amitriptilina
Duloxetina	Náuseas, tonturas, disfunção sexual
Venlafaxina	Fadiga, tonturas, disfunção sexual
Haloperidol	Tontura, sonolência, efeitos extrapiramidais, contrações involuntárias, tremor e rigidez muscular
Clorpromazina	Os mesmos do haloperidol
Carbamazepina	Tontura, sonolência, hepatotoxicidade
Gabapentina	Edema membros inferiores
Pregabalina	Ganho de peso, edema
Baclofeno	Sonolência, tremores, Fadiga
Ciclobenzaprina	Sonolência, tremores, Fadiga
Clonidina	Sonolência, hipotensão arterial
Cetamina*	Taquicardia, hipertensão, alucinações
Capsaicina tópica	Dor no local da aplicação

Gi=gastrointestinal OMS= Organização Mundial da Saúde

* Na CMC apenas em PCA.

5.Recomendações:

- 1-Não combinar dois antiinflamatórios não esteroidais e não usá-los isoladamente por período maior que 7 dias
- 2-Não associar dois opioides fracos
- 3-Dois opióides fortes só podem ser prescritos associados se um deles for utilizado como resgate

4-As seguintes complicações e efeitos adversos devem ser observados, monitorizados e tratados durante todo o tratamento analgésico com opióides:

- Tolerância
- Dependência Física (ou Abstinência)
- Dependência Psicológica (Vício)
- Sedação
- Constipação
- Náuseas e Vômitos
- Prurido
- Retenção Urinária
- Depressão Respiratória

5- A meperidina não faz é indicada para o tratamento Farmacológico da Dor da SBIBAE

5-Se o paciente evoluir com sedação moderada ou intensa, o código amarelo deve ser acionado conforme política institucional e o médico responsável pela analgesia deve ser comunicado.