

The left side of the slide features a decorative design consisting of several vertical stripes in shades of blue and grey, and a cluster of five teal-colored circles of varying sizes arranged in a roughly vertical line.

# **CONTROLE DA DOR**

**Rosmary Arias**  
**Geriatria HSPE**

**Agosto 2011**

# CONCEITO DE DOR

- “Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano.”

( Associação Internacional de Estudos da Dor – IASP)

- A dor é uma experiência única e individual!



# EPIDEMIOLOGIA DA DOR

- Portadores de neoplasias:
  - Prevalência da dor aumenta à medida que a doença avança;
  - Dor está presente de 30 a 40 % durante todo o período de tratamento;
  - Acomete 70 a 90% dos pacientes em fase final de vida.
- Pacientes com doença crônica não oncológica:
  - Prevalência de 65% na fase final de vida;
  - 78% entre portadores de cardiopatias;
  - Mais de 50% em pacientes com AIDS.



# CLASSIFICAÇÃO DA DOR



# DOR NOCICEPTIVA

- Originada a partir da estimulação dos nociceptores.
- Somática:
  - Origem em receptores da pele e músculo-esqueléticos;
  - Bem localizada, contínua, em agulhada, latejante, agravada pelo movimento;
  - Ex: dor óssea, osteoartrose, infiltração de tecidos moles.
- Visceral:
  - Origem em receptores das vísceras;
  - Paroxística, mal localizada, pode seguir trajeto de dermatômos e ser acompanhada por reações autonômicas;
  - Ex: cólicas abdominais, obstrução intestinal, dor em cou-raça nas lesões de pulmão.



# DOR NEUROPÁTICA

- Origina-se de lesões ou compressões em estruturas do SNC ou SNP.
- Disestésica:
  - Ardência constante, choque, queimação, hiperalgesia ou alodínea;
  - Ex: neuropatia periférica do DM, radiculopatias, dor do membro fantasma.
- Lancinante:
  - Episódica, paroxismos tipo choque;
  - Ex: invasão de plexo braquial.



# DOR COMPLEXA OU MISTA

- Encontrada em pacientes com tumores , que pelo seu crescimento, podem causar inflamação e destruição de estruturas.
- Dor de múltiplas características!!
- Associação de drogas para controle efetivo.



# DOR TOTAL



- Cicely Saunders – 1960.
- “O indivíduo sofre não apenas pelos danos físicos que possui, mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode lhe proporcionar.”
- Qualquer doente em fase final ou fora de possibilidades de cura.
- Abordagem multiprofissional.



# AVALIAÇÃO DA DOR

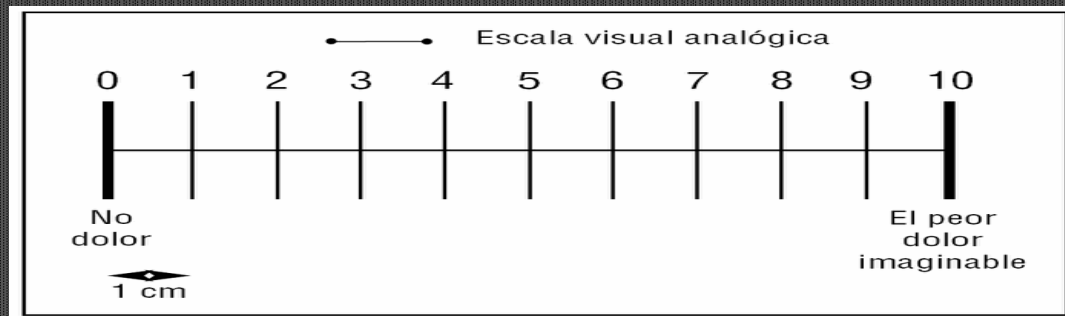
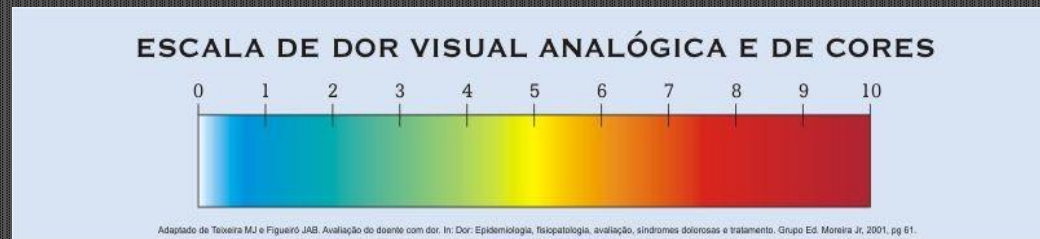


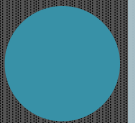
# ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- Linguagem acessível ao paciente.
- Descrever intensidade e o tipo da dor.
- Explicar corretamente ao paciente o uso da escala.
- A melhor escala é aquela que é bem aplicada!!
- É preciso acreditar no paciente!!



# ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR





E agora? ? ?



# Avaliação de Dor no Paciente Confuso Não Comunicativo

## **Dor aguda**

- Expressão facial
- Vocalização
- Aumento da tensão muscular
- Reações neurovegetativas – pulso, PA, FR

## **Dor crônica**

- Comportamento deprimido
- Piora no estado mental

## **Critérios sugestivos da presença de dor em paciente confuso não-comunicativo**

### **Situação clínica**

- Câncer metastático
- Doenças articulares com deformidades
- Pós operatório de cirurgias torácicas, abdominais e ortopédicas
- Queimados
- Procedimentos dolorosos (inclui banho, troca, mudança de decúbito e curativos)
- Presença de drenos

### **Comportamento do paciente:**

- Adoção de postura de proteção (resistência a certos movimentos durante os cuidados)
- Movimento de retirada do estímulo doloroso
- Agitação persistente, mesmo após adoção de medidas não farmacológicas de conforto
- Diminuição do nível de atividade
- Vocalização – gemência, choro
- Alteração do padrão de sono
- Diminuição do apetite

# TRATAMENTO DA DOR



# PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO DA DOR

## ○ **Pela boca:**

- VO > TD > VR > SC > EV ..... IM

## ○ **Pelo relógio:**

- Administração dos remédios em intervalos regulares;
- Respeitar tempo de ação de cada medicação;
- Diminuições devem ser graduais e cuidadosas.

## ○ **Pela escada:**

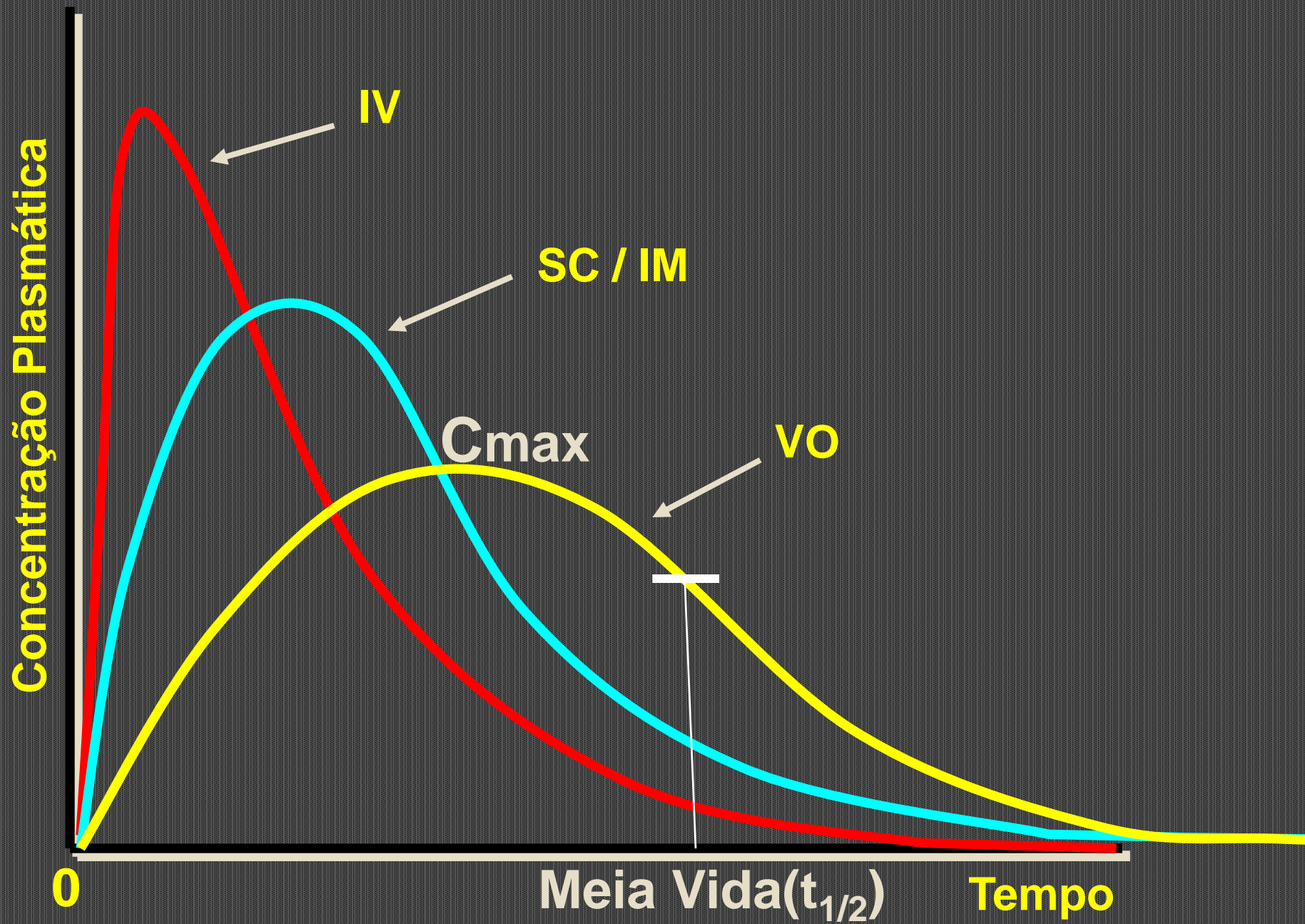
- Obedecer a escada analgésica.

## ○ **Pelo indivíduo:**

- Adaptar o tratamento ao paciente em questão.

## ○ **Atenção a detalhes**





# ESCADA ANALGÉSICA



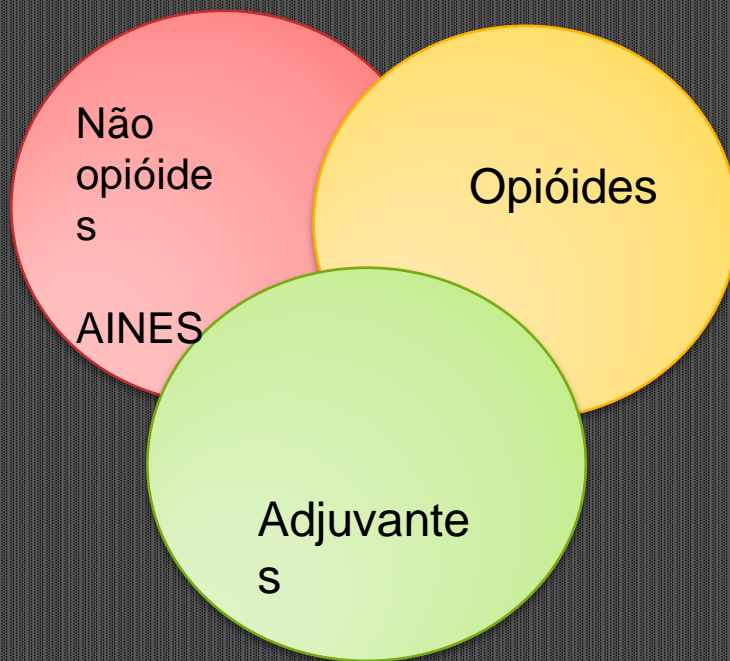
OMS, 1986

DOR EVN até 4: 1º  
degrau

DOR EVN 5-7: 2º degrau

DOR EVN 8-10: 3º degrau





Modificado de Twycross, R. et al. Palliative Care Formulary PCF I (1998)



# ANALGÉSICOS NÃO - OPIÓIDES



## ○ **Dipirona:**

- 500 a 1000 mg / dose de 6/6 a 4/4h.

## ○ **Paracetamol:**

- Tem ação central;
- 500 a 750 mg /dose de 8/8h a 6/6h;
- Não ultrapassar 4g/dia.

## ○ **AINE:**

- Tem efeito teto e não se deve ultrapassar a dose máxima;
- Preferir os inibidores da COX-2.



# ANALGÉSICOS OPIÓIDES



# CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Derivados do ópio, podem ser naturais ou sintéticos.
- Combinam-se aos receptores opióides.
- Antagonizados pelo naloxone.
- Usar apenas **UM** opióide !!!
- Iniciar com doses baixas e progredir 30% de aumento na dose diária quando necessário.
- Nunca suspender abruptamente!



# CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Efeitos colaterais: sedação, depressão respiratória, sonolência, confusão leve ou euforia, náuseas / vômitos, boca seca, sudorese, tremores e constipação intestinal.
- Associar laxativo quando iniciar opióide!!
- Mioclonia:
  - Neurotoxicidade!!
  - dose 25-30% ou rodiziar opióide;
  - Hidratar o pcte;
  - Aumentar novamente em caso de piora da dor após controle da mioclonia.



# CODEÍNA

- Opióide fraco, natural;
- Potente antitussígeno;
- Mais obstipante;
- Dose: 7,5 – 60 mg VO 6/6 a 4/4h;
- Não há apresentação parenteral no Brasil;
- 10 mg de codeína VO = 1 mg de morfina VO.



# TRAMADOL

- Opióide fraco, sintético;
- Menos obstipante / mais nauseante;
- Metabolismo é hepático, fundamental para sua ação;
- Se administração parenteral, preferir via SC , de maneira contínua ou intermitente ( bolus);
- Pode diminuir limiar convulsivo;
- Dose 50-100 mg VO, EV ou SC 6/6h;
- Dose máxima : 400 mg/dia;
- 5 mg tramadol VO = 1 mg morfina VO;
- 10 mg tramadol parenteral = 1 mg morfina VO.



## MORFINA DE AÇÃO RÁPIDA

- Opióide forte, barato e muito seguro, se usado da forma correta;
- No Brasil, apresentações orais ( cp de 10 e 30mg e solução oral ) e parenterais ( amp 2 mg/ml e 10 mg/ml);
- Dose inicial: 5 a 10 mg VO 4/4h;
- Intervalo ideal de administração é de 4/4h;
- Conversão VO : parenteral = 3 : 1;
- Metabolismo é renal;
- Metabólito ativo: morfina – 6 – glicuronídeo (dialisável);
- Administração parenteral deve ser em bolus SC ou infusão contínua.



# MORFINA DE LONGA AÇÃO

- Dimorf LC® - cáps de 30, 60 e 100 mg;
- Deve ser usado de 12/12 – 8/8h;
- Não deve ser administrada via sondas;
- 1 mg morfina rápida = 1 mg morfina longa duração;
- Início de ação: 3-4h;
- Sempre dar 1 dose de morfina rápida na 1ª administração.



# FENTANIL TRANSDÉRMICO

- Opióide sintético, menos nauseante e obstipante;
- Administração por via transdérmica;
- Apresentações : adesivos com 12,5 / 25 / 50 / 75 / 100mcg/h;
- Troca do adesivo : a cada 72h;
- Início da ação: 24h – manter opióide anterior nas primeiras 12h de uso;
- Dose diária de fentanil = 1/3 dose diária de morfina.



# OXICODONA

- Opióide sintético, com menos efeitos colaterais;
- No Brasil, em cps de 10/ 20 e 40 mg, com duas camadas de liberação;
- Deve ser administrado de 12/12h;
- 1 mg de oxycodona VO = 2 mg de morfina rápida VO;
- Contra-indicada na insuficiência hepática pelo risco de intoxicação;
- Também não deve ser administrado através de sondas.



# METADONA

- Pode ser usado para qualquer dor forte;
- Dor neuropática – antagonista do receptor NMDA;
- Ótima opção nos casos de falha da morfina;
- Metabolismo 50% renal e 50% hepático, depósito em tecido adiposo e com maior excreção intestinal;
- Apresentação: cps de 5 e 10mg;
- Meia-vida longa e imprevisível ( 10 a 75h) – aumenta risco de intoxicação;
- Administração : 12/12 a 8/8h;
- 1mg metadona VO = 10mg morfina VO.

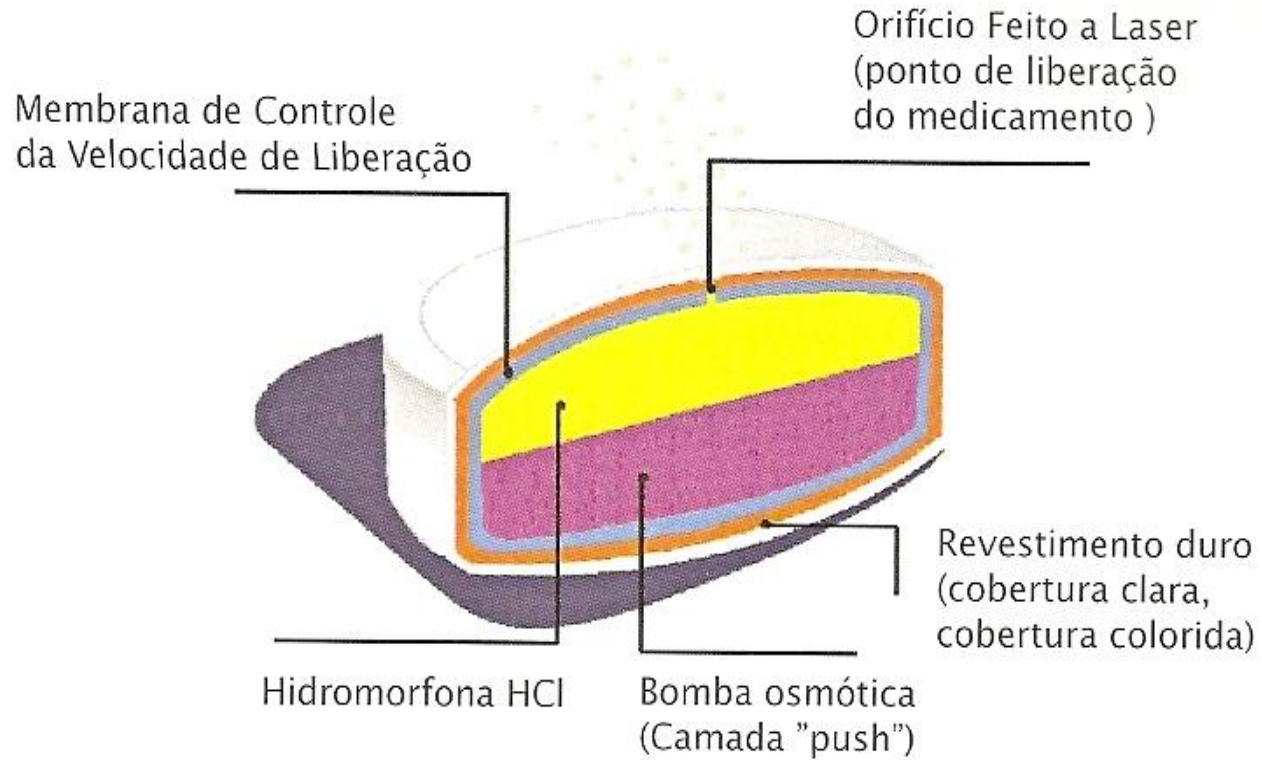


# HIDROMORFONA

- Opióide forte, sintético, semelhante à morfina;
- Oferece menos efeitos aversos – não produz metabólitos;
- Pode ser usada na IR moderada ou severa;
- 5 a 7 vezes mais potente que morfina oral;
- Deve ser administrada 24/24h;
- Apresentação OROS® com sistema “push – pull”;
- Contra-indicada em ptes com aumento do trânsito intestinal.



**Figura 6: Visão em corte transversal do sistema de liberação OROS® Push-Pull™**



# TABELA DE EQUIPOTÊNCIA ANALGÉSICA ENTRE OPIÓIDES E PASSOS NO SEU EMPREGO

Iniciativa: Instituto Paliar - [www.paliar.com.br](http://www.paliar.com.br)

MEDICAMENTO	TEMPO AÇÃO	DOSES															
Codeína oral	4 horas	30 mg	45 mg	60 mg													
Tramadol parenteral SC ou IV	6 horas	50 mg	75 mg	100 mg													
Tramadol oral	6 horas	25 mg	37,5 mg	50 mg	75 mg	100 mg											
Morfina oral de ação rápida	4 horas			5 mg	10 mg	15 mg	20 mg	30 mg	40 mg	60 mg	75 mg	90 mg	120 mg	150 mg	180 mg	210 mg	
Morfina oral de longa duração	12 horas				30 mg		60 mg	90 mg	120 mg	180 mg	240 mg	270 mg	360 mg	460 mg	540 mg	630 mg	
Morfina parenteral/ SC intermitente	4 horas			2 mg	3 mg	5 mg	7 mg	10 mg	15 mg	20 mg	25 mg	30 mg	40 mg	50 mg	60 mg	70 mg	
Morfina parenteral/ IV ou SC contínuo	24 horas			15 mg	20 mg	30 mg	40 mg	60 mg	90 mg	120 mg	150 mg	180 mg	240 mg	300 mg	360 mg	420 mg	
Oxicodona oral	12 horas				10 mg	20 mg	30 mg	40 mg	60 mg	90 mg	120 mg	140 mg	180 mg	240 mg	280 mg	320 mg	
Fentanil transdérmico/ adesivo	72 horas				25 mcg/h	25 mcg/h	50 mcg/h	50-75 mcg/h	75-100 mcg/h	125 mcg/h	125-150 mcg/h	150-200 mcg/h	250 mcg/h	300 mcg/h	350 mcg/h	400 mcg/h	

**LINHA HORIZONTAL:** Passos seguros para o ajuste de doses - **COLUNAS:** Equipotência entre analgésicos

## DOSES DE RESGATE

- Doses extras de opióide que podem ser oferecidas no momento do “escape da dor”.
- Sempre deve ser calculada como  $1/6$  a  $1/10$  da dose diária do opióide em questão.
- Exceção: os resgates de fentanil são feitos com morfina rápida.



# MEDICAMENTOS ADJUVANTES



# ANTICONVULSIVANTES

- Muito utilizados na dor neuropática e nas dores agudas de difícil controle;
- Principais:
  - Gabapentina;
  - Carbamazepina;
  - Pregabalina.



# ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS

- Inibe a recaptação da serotonina na primeira sinapse do neurônio aferente;
- Doses são menores do que as usadas com efeito anti-depressivo;
- Principais:
  - Amitriptilina;
  - Nortriptilina;
  - Imipramina.
- Muito utilizados na dor neuropática.



# OUTRAS DROGAS E TERAPIAS

- Outros antidepressivos :
  - Inibidores duais ( ex: Venlafaxina).
- Relaxantes musculares:
  - Baclofeno, ciclobenzaprina.
- Ansiolíticos (BZP):
  - Controlam manifestações emocionais relacionadas ao sofrimento físico.
- Antipsicóticos ( Quetiapina, Clorpromazina, Haloperidol):
  - a percepção da dor.
- Bifosfonatos e RT:
  - Auxiliam na dor por lesões ósseas.





OBRIGADA!  
!