

ANALGESIA NA EMERGÊNCIA

Denise Ferreira Silva Alves
Gabriela Mendez
Mauro Antônio de Carvalho Magalhães

UNITERMOS

DOR; MEDIÇÃO DA DOR; MANEJO DA DOR; ANALGESIA; ANALGÉSICOS; REVISÃO.

KEYWORDS

PAIN; PAIN MEASUREMENT; PAIN MANAGEMENT; ANALGESIA; ANALGESICS; REVIEW.

SUMÁRIO

Os autores fazem uma revisão bibliográfica sobre escalas de avaliação e manejo da dor, com ênfase nos conceitos mais atuais sobre analgesia em um ambiente de emergência, independente da origem, características ou caráter agudo e crônico da dor.

SUMMARY

The authors review the literature on rating scales and levels of analgesia of pain, with emphasis on current concepts of analgesia in an emergency room, regardless of the origin, nature or characteristics of acute and chronic pain.

INTRODUÇÃO

A dor foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva, e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências.⁵

Por esse motivo a avaliação da dor nem sempre é fácil, mas por ser uma das queixas mais frequentes em emergências e o sintoma que mais leva as pessoas a procurarem auxílio médico, é de suma importância que profissionais da saúde saibam que existem materiais que ajudam na avaliação e no tratamento da dor.⁵ Começaremos com escalas para mensurar a dor de forma simples, rápida e eficaz.

Escalas de avaliação da dor

A escala numérica é a mais utilizada, ela nos permite quantificar a intensidade da dor através de números. Nesta escala, zero representa ausência de dor e 10 representa a pior dor imaginada, os demais números representam estágios intermediários. Pode ser aplicada gráfica ou verbalmente (Figura 1).⁴

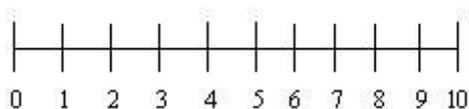


Figura 1 - Escala Numérica da Dor

A escala analógica visual consiste em uma linha reta, desenhada ou impressa, de tamanho determinado, com os descritores verbais de ausência de dor e a pior dor possível em cada uma das suas extremidades, respectivamente (Figura 2).⁴

Ausência de dor | _____ | A pior dor possível

Figura 2 - Escala analógica visual da dor

O paciente é solicitado a assinalar com uma linha transversal qual o intervalo que melhor representa a intensidade da sua dor.⁴

1.3 A escala verbal de dor o paciente quantifica a sua experiência dolorosa utilizando descritores como ausência de dor, dor branda, moderada, intensa e dor insuportável relatada pelo próprio paciente.⁴

1.4 A escala de faces de Wong Baker consiste em seis desenhos de faces ordenados de forma crescente em nível de intensidade da dor ou angústia. Solicita-se que o paciente escolha a face que melhor representa sua dor atual. Indicada para crianças ou para pacientes com limitações cognitivas (Figura 3).⁴

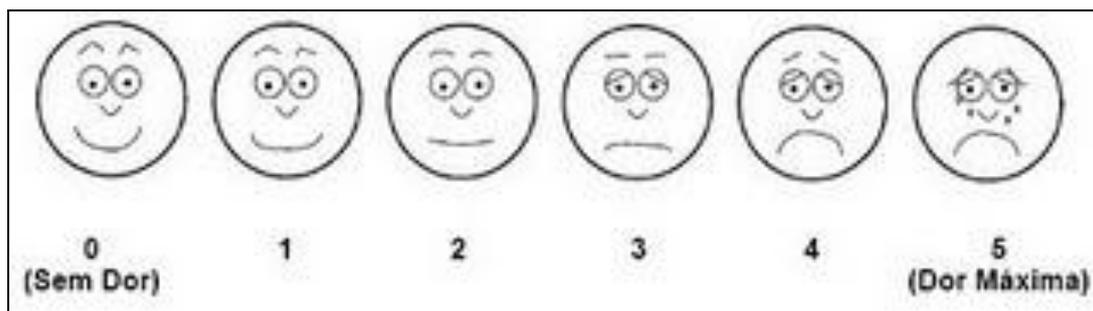


Figura 3 - Escala de faces de Wong Baker (adaptada de escala da dor OMS)

Escada de analgesia da dor

Depois de avaliada, a dor deve ser tratada adequadamente, o que muitas vezes não ocorre porque as queixas do paciente são subestimadas, não há um embasamento farmacológico da prescrição de analgésicos ou há medo de riscos da terapêutica aplicada por parte dos profissionais da saúde. Para iniciar uma analgesia adequada sempre temos que considerar localização da dor, intensidade, irradiação, fatores temporais, fatores de agravamento ou alívio, impacto no sono nas funções diárias e na qualidade de vida do paciente.^{3,4}

Os princípios gerais para tratamento da dor na emergência devem se basear em: evitar a demora, tratar a dor de acordo com as necessidades específicas de cada doente, prescrever doses de analgésico extra se dor irruptiva, abordar outros problemas físicos, psicológicos, espirituais e sociais dos pacientes. As doses devem ser administradas em horário regular, usar via oral sempre que possível, seguir escada analgésica preconizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) (Quadro 1).^{3,4}

Quadro 1 – Escala da OMS

Degrau 1	Degrau 2	Degrau 3
Dor leve 1 a 3 na escala numérica de dor	Dor moderada 4 a 6 na escala numérica de dor	Dor intensa 7 a 10 na escala numérica de dor
Uso de Analgésico simples (paracetamol, dipirona, AINES, AAS).	Uso de opioide fraco (tramadol, codeína, dihidrocodeína) + analgésico simples.	Uso de opioide forte (fentanil, metadona, morfina) + analgésico simples.

Primeiro Degrau: Tratamento da Dor Leve

Inicia-se analgesia com paracetamol 500mg ou ácido acetilsalicílico 500mg VO, se houve analgesia adequada se mantém o esquema, se não houve aumenta-se a dose do paracetamol para 1000mg a 1500mg e AAS 1000mg VO, se mesmo assim não houve sucesso a dor é considerada moderada.²

Segundo Degrau: Tratamento da Dor Moderada

Neste degrau os medicamentos do primeiro degrau são comumente associados aos opióides fracos (tramadol e codeína). Pode-se usar o paracetamol 500mg associado à codeína 30mg VO ou tramadol 25mg de 6/6h. Caso não se obtenha alívio da dor pode-se dobrar a dose da codeína chegando até 60mg de 6/6h ou 4/4h, a dose máxima recomendada é 240mg/dia. Se a analgesia não foi suficiente a dor é considerada intensa.³

Terceiro Degrau: Tratamento da Dor Intensa

A morfina é o agente de escolha no manejo da dor intensa, pois apresenta início e duração de efeito prolongados.

Liberação Normal: Se o paciente **não** foi medicado previamente com opioide fraco inicia-se com morfina oral 5mg de 4 em 4 horas e complementamos com 5 mg de dose de resgate a cada 1 hora. Se o paciente foi medicado com opioide fraco e mesmo assim a dor está presente inicia-se com morfina oral, 10 mg de 4 em 4 horas mais 10 mg de dose de resgate a cada 1 hora. Reavaliação depois de 24-48 horas é fundamental para averiguar qual a dose diária que foi utilizada, os efeitos colaterais que o paciente apresentou e as características da dor caso esta ainda persista. Caso a dor tenha sido controlada com êxito o ideal é continuar o manejo com a metade da dose total utilizada de forma retardada de 12 em 12 h somada a 1/6 da dose total diária utilizada em forma de resgate como liberação normal. Se a dor não foi controlada pode-se aumentar 50% a cada 24 h e em casos de dor muito intensa permite-se aumento de 100% em 24 h. Neste caso, ponderam-se os adjuvantes e reavalia-se constantemente o paciente. Deve-se ficar atento as comorbidades do paciente, em casos de insuficiência renal a morfina pode ser administrada de 6 em 6 horas ou de 8 em 8 h, com o intuito de evitar o acúmulo da medicação e consequente intoxicação uma vez que parte da depuração deste medicamento é realizada pelo rim. Em caso da impossibilidade de administração oral a conversão para endovenoso requer a redução da dose por um fator de aproximadamente 3 (30mg VO de morfina= 10 mg de morfina IV devido ao extenso efeito de primeira passagem hepática.³

Liberação Retardada: utilizada para enfermos com dificuldade na adesão terapêutica a múltiplas tomadas. Se anteriormente o paciente foi tratado com a utilização de um opioide fraco, inicia-se com um comprimido de morfina *retard* de 20/30 mg de 12 em 12 h. Se não houve tratamento, 10 mg, de 12 em 12 h. A titulação é feita aumentando-se em 25-50% a cada 48 h. Não há dose diária limítrofe para a morfina, dependendo apenas da tolerância individual aos efeitos colaterais. Os efeitos colaterais incluem náuseas, constipação e alterações cognitivas, e o mais temido - a depressão respiratória. Para evitar a interrupção do tratamento deve-se prevenir ou tratar os efeitos colaterais com a associação de antieméticos, laxativos e a reavaliação constante do paciente para identificar sinais sugestivos de depressão respiratória.³

Adjuvantes

Antidepressivos: eficazes no tratamento da dor neuropática. As doses são aumentadas ao longo do tempo conforme a tolerância até que apresente o efeito desejado. Os antidepressivos tricíclicos têm meias-vidas longas e o ideal é que o paciente tome uma vez ao dia, normalmente ao deitar-se. A dosagem inicial é de 10- 25mg VO e aumenta-se gradualmente até cerca de 100mg/dia.

Os inibidores de recaptação de serotonina e norepinefrina também são eficazes; a Duloxetina é especialmente utilizada para o manejo da neuropatia diabética na dose de 60 mg VO uma vez ao dia. A Venlafaxina pode ser iniciada com a dose de 75 mg/dia podendo-se chegar a 225 mg/dia.²

Anticonvulsivante: Também eficazes na dor neuropática. A gabapentina é considerada de primeira linha por ser bem tolerado, não requerer monitorização de níveis séricos e pela pouca interação medicamentosa. É iniciada em doses baixas e titulada até que obtenha efeito, a dose mínima eficaz é de 900mg/dia e a dose máxima é de 3.600 mg /dia.²

Bloqueadores de Canal de Cálcio: A lidocaína é eficaz nas síndromes de dor neuropática (neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética) e há casos de melhora na dor decorrente ao câncer. Pode ser administrada via parenteral 1mg/Kg/h monitorizando os níveis séricos (ideal é de 3 a 5mg/l) e na forma de adesivo transdérmico 5%, um adesivo na área dolorosa mantido por 12 h.^{1,2}

Antagonistas de Receptores NMDA: Nos casos em que não há tempo para a titulação recomenda-se a metadona conforme o quadro 2 abaixo.

Pode-se usar ainda o dextrometorfano de 20 a 90 mg VO 3 vezes/dia e a cetamina 0,1 mg/Kg/h por via parenteral até obter-se o efeito.^{1,2}

Quadro 2 Conversão de morfina em metadona

METADONA		
Dose diária de morfina (mg/24 horas VO)	Razão de conversão	
	Morfina VO	Metadona VO
<100	3	1
101 a 300	5	1
301 a 600	10	1
601 a 800	12	1
801 a 1.000	15	1

Adaptado do current diagnóstico e tratamento da dor edição 2009

Agonistas α_2 : A clonidina é o fármaco mais utilizado, é eficaz tanto para a dor nociceptiva quanto para a neuropática. Está disponível como medicação oral e adesivo transdérmico, geralmente é iniciada na dose de 0,1 mg/dia e titulada até a eficácia ou que surjam efeitos colaterais.^{1,2}

Corticoesteróides: Potentes antiinflamatórios diminuem a dor de vários modos. A droga de escolha normalmente é a dexametasona 2 a 20 mg/dia VO/SC/IV. Como droga alternativa pode-se usar a prednisona 5 a 60 mg/dia VO.

Deve-se ficar atento a hiperglicemia e a psicose induzidas por essa classe de fármacos logo após o início de seu emprego.^{1,2}

REFERÊNCIAS

1. Von Roenn JH, Paice JA, Preodor ME. Current: dor: diagnóstico e tratamento. São Paulo: McGraw-Hill; 2009.
2. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Núcleo de Cuidados Paliativos. Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. Rev Port Clin Geral. 2007;23:457-64.
3. Revista Dor pesquisa, clínica e terapêutica. 2009;10.
4. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Hospital sem dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. [capturado 2009 jul 20]:[7 telas] Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp