

Manejo customizado da Dor Aguda e das exacerbações da Dor Crônica

DRA KAREN SANTOS FERREIRA

Neurologista do Ambulatório de Cefaléias e Dor Neuropática do Hospital das Clínicas da FMRP - USP

Especialista em Dor pela FMRP - USP

Doutora pelo Departamento de Neurociências da FMRP - USP

OBJETIVOS DA AULA

Definir dor aguda

Importância do seu tratamento

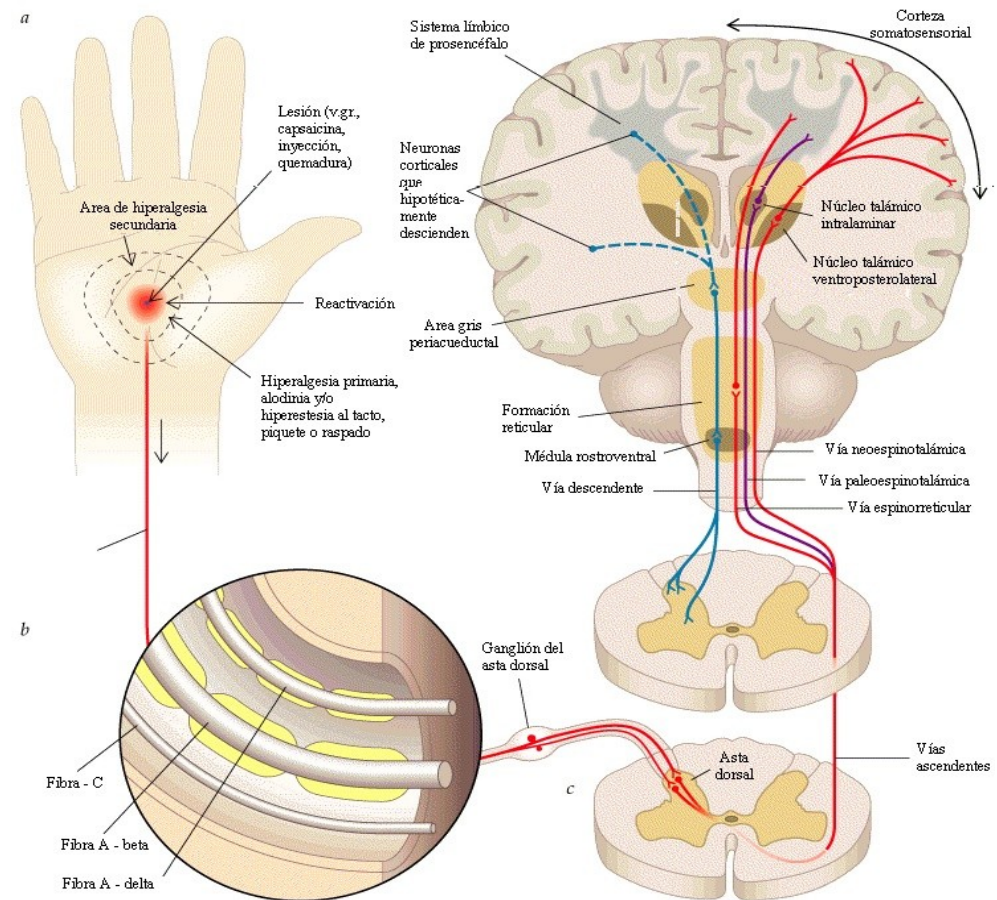
Como prevenir a cronificação

Protocolos de tratamento e novidades



Definição de Dor Aguda

Dor Aguda :
< 3 meses



Estudo	N pacientes	Dor crônica	Entrevista	Tempo de dor	Topografia
Andersson et al, 1993 Sweden	N=1609	55%	Postal	>3 meses	Cervical 30,2% Lombalgia 23,2%
Tsang et al 2008 Multicentrico	N= 42249 em 17 países	37,3% x 41% subdesenvolvidos	Face to face	> 12 meses	Lombalgia 20% Cefaleia 14,4%
Elliott et al 1999 Scotland	N= 3605	50%	Postal	> 3 meses	Lombalgia 31,7%
Gureje et al/ WHO 1998 Multicentrico	N=5438 em 15 centros	21,5%	Questionário auto- aplicado	> 6 meses	Lombalgia 47,8% Cefaleia 45,2%
Croft et al 1993 UK	N= 1340	35%	Postal	> 3 meses	

Por que tratar dor aguda?



Sufrimento

Cronificação

**Qualidade
de vida**

Global Year Against Acute
PAIN
OCTOBER 2010 – OCTOBER 2011

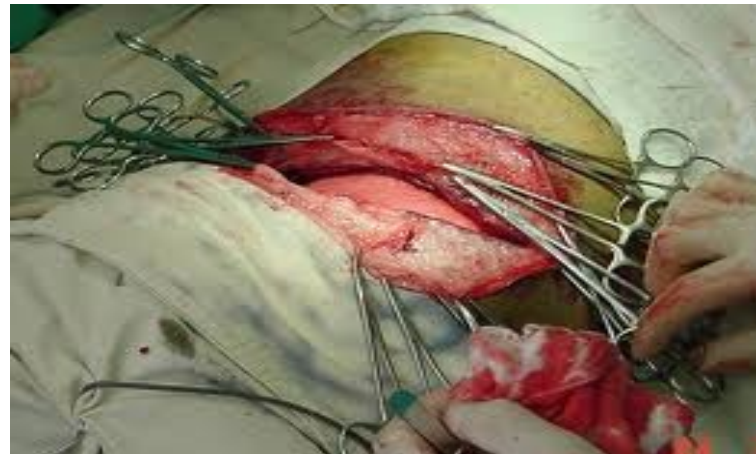
**2005 - IASP Special Interest Group on Acute Pain
(APSIG)**

2010 – Global Year against Acute Pain

2015 – APSIG 10 anos – e agora?

O modelo da Dor Aguda Pós-operatória

Ao contrário de outras lesões, o ato cirúrgico apresenta um conjunto de circunstâncias em que o momento da ocorrência da lesão e da dor física subsequente são conhecidos antecipadamente. Isso fornece uma oportunidade de identificar os fatores de risco e fatores de proteção.



Fatores de cronificação em pós-operatório

- **Do Paciente**

Sexo feminino, Genética, Ansiedade, Depressão, Catastrofização, Questões trabalhistas

- **Da injúria**

Extensão da cirurgia, infiltração de anestésicos locais na ferida operatória, intensidade e controle da dor aguda, neuroma de cicatriz

Principais tipos de cirurgias que causam Dor crônica

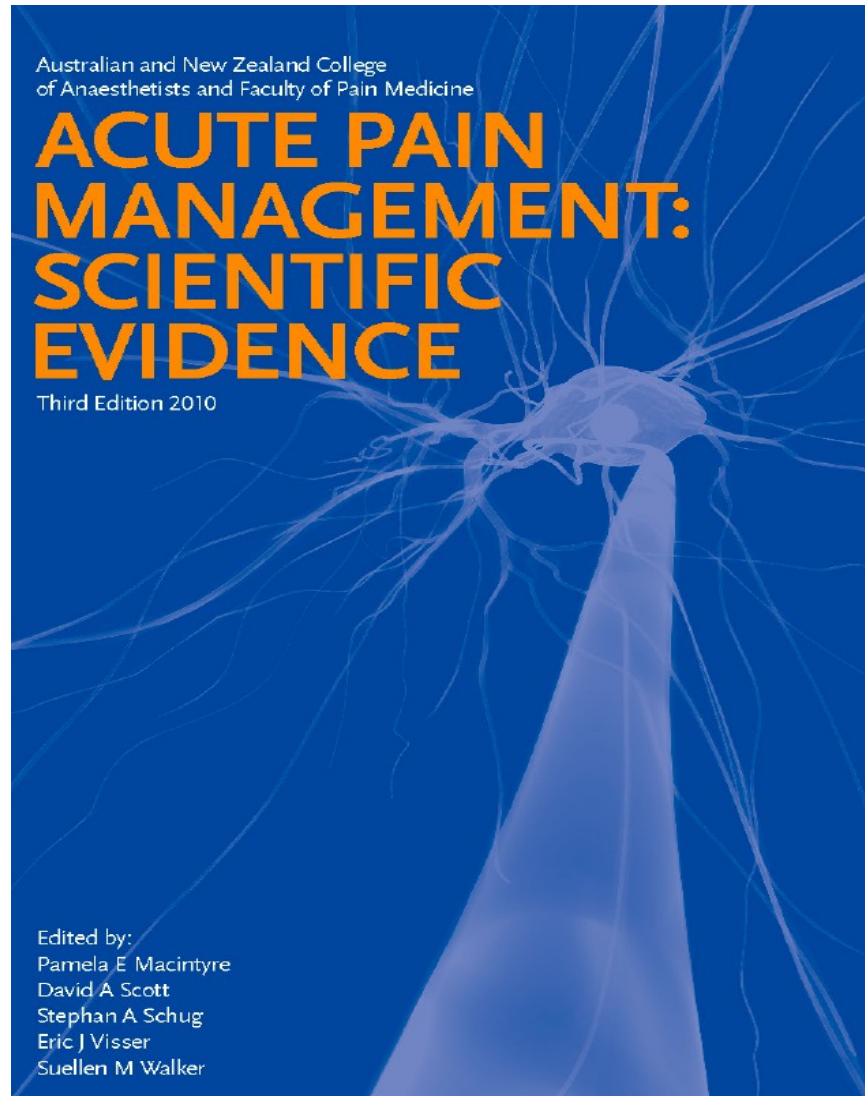
Table 1.2 Incidence of chronic pain after surgery

Type of operation	Incidence of chronic pain (%)	Estimated incidence of chronic severe pain [>5 out of 10/10] (%)
Amputation	30–85	5–10
Thoracotomy	5–65	10
Mastectomy	11–57	5–10
Inguinal hernia	5–63	2–4
Coronary bypass	30–50	5–10
Caesarean section	6–55	4
Cholecystectomy	3–50	Not estimated
Vasectomy	0–37	Not estimated
Dental surgery	5–13	Not estimated

Sources: Adapted from Kehlet et al (Kehlet et al, 2006) and Macrae (Macrae, 2008)

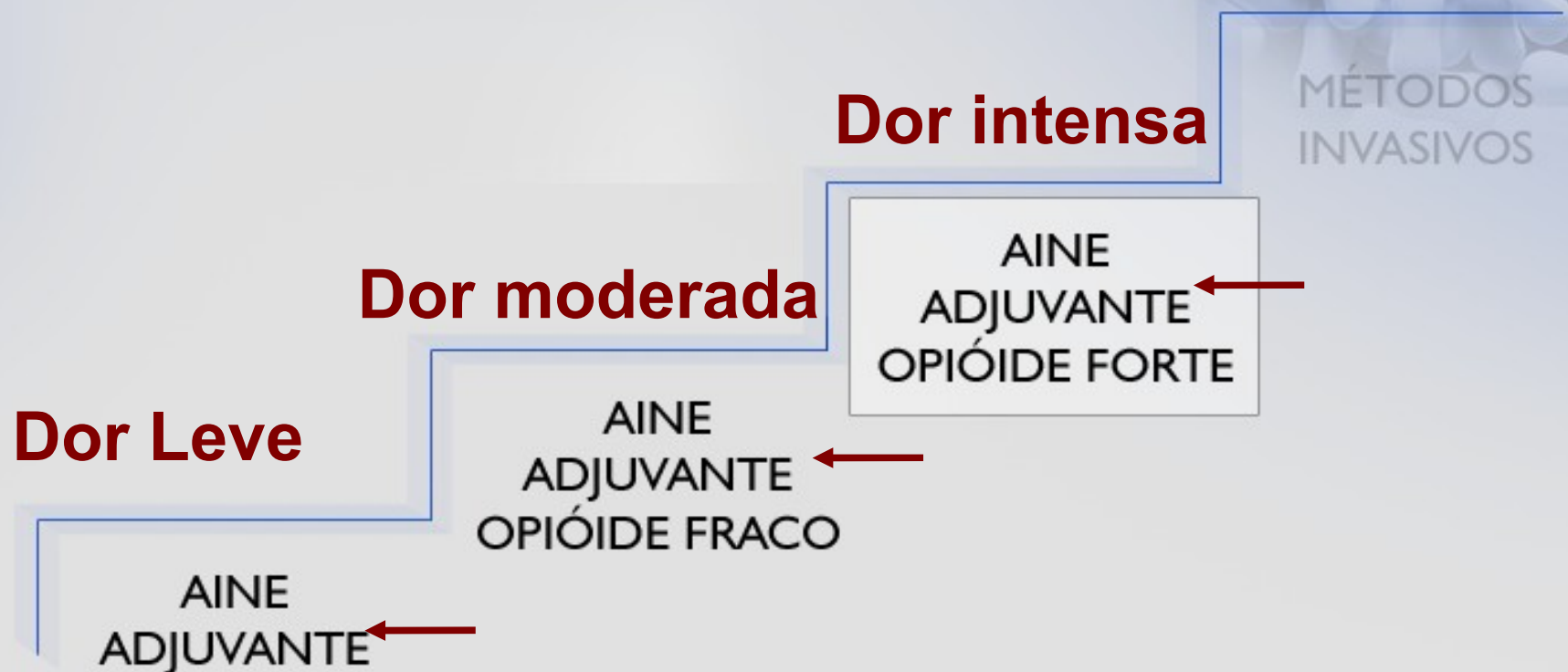
Então, como tratar?

**Recomendado pela
American Academy
of Pain Medicine**

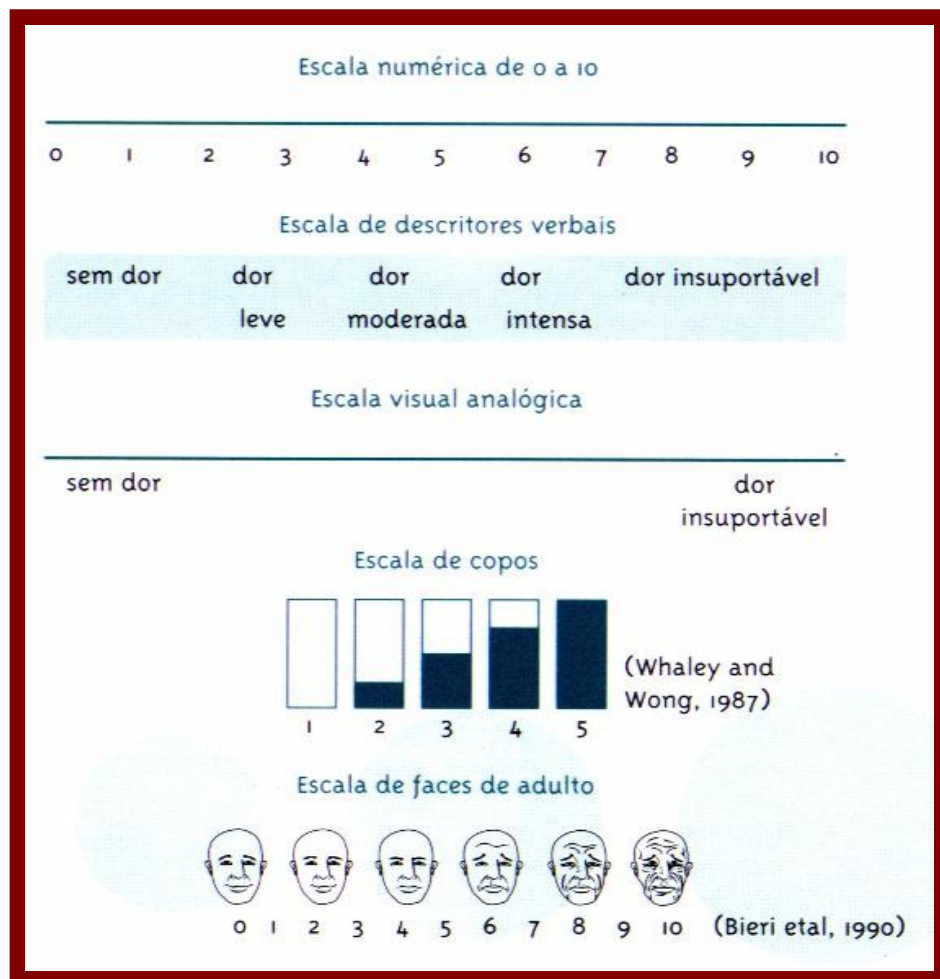


Então, como tratar?

ESCADA ANALGÉSICA DA OMS



Então, como tratar?



Dor Leve: até 3

Dor moderada 4-6

Dor intensa > 7

Adjuvantes em dor aguda

Anti-depressivos

Anti-convulsivantes neuromoduladores

Corticoides

Anestésicos locais

Ketamina

Metoclopramida

O que é uma melhora significativa?



Pain 105 (2003) 151–157



www.elsevier.com/locate/pain

What decline in pain intensity is meaningful to patients with acute pain?☆

M. Soledad Cepeda^a, Juan M. Africano^a, Rodolfo Polo^a, Ramiro Alcalá^a, Daniel B. Carr^{b,c,*}

Dor Leve: VAS < 4



Paracetamol e anti-inflamatórios

Devem ser usados em dor aguda leve pós-operatória, dor osteomuscular, dor do câncer, cefaleias, dor neuropática

Os efeitos colaterais do paracetamol são comparados aos do placebo (nível I de evidência)

Com cuidado de seleção e monitorização a incidência de dano renal após uso de AINE é baixa (nível I de evidência)



Paracetamol e anti-inflamatórios



Pain 70 (1997) 193–201

Paracetamol with and without codeine in acute pain: a quantitative
systematic review

Andrew Moore*, Sally Collins, Dawn Carroll, Henry McQuay



Opioides – Quando e como usar?



IASP[®]

PAIN[®] 153 (2012) 967–973

PAIN[®]

www.elsevier.com/locate/pain

More educated emergency department patients are less likely to receive opioids for acute pain

Timothy F. Platts-Mills^{a,b,*}, Katie M. Hunold^a, Andrey V. Bortsov^a, April C. Soward^a, David A. Peak^c, Jeffrey S. Jones^d, Robert A. Swor^e, David C. Lee^f, Robert M. Domeier^g, Phyllis L. Hendry^h, Niels K. Rathlevⁱ, Samuel A. McLean^{a,b}



Opioides – Quando e como usar?

Dor no câncer

Dor Neuropática intensa

Dor relacionada ao paciente com HIV

Dor Pós-operatória intensa

Codeína pode ser usada em Dor Músculo-esquelética

Opioides – Quando e como usar?

De acordo com a intensidade da dor, a escolha do analgésico deverá seguir as orientações da OMS

1. "Pela boca"



2. "Pelo relógio": tempo de ação da droga



3. "Pela escada":
uso de uma hierarquia analgésica



Opioides – Quando e como usar?



C-II

PURDUE PHARMA L.P.



OxyContin[®] Tablets
(oxycodone hydrochloride controlled-release)



Opioides – Quando e como usar?



Opioides – quando e como usar?

Titulação inicial: Morfina

Iniciar com doses de 5 a 10 mg de morfina de ação rápida

**Repetir 5 mg a cada 40 minutos até analgesia satisfatória
(Escala de Dor < 4)**

Prescrever metade da dose titulada (dose regular) de 4/4h.

Opioides – quando e como usar?

Titulação: Morfina

No caso de exacerbação da dor aguda e crônica:

Fazer a dose resgate (50% desta dose regular) e orientar seu uso até de 1 em 1 hora.

Adjuvantes em dor aguda - Quando usar?

Dor neuropática aguda

**Dor pós-operatória em cirurgias extensas,
com perspectiva de cronificação
(amputações, toracotomias,
mastectomias...)**

**Dor do câncer, com perspectiva de
tratamento por longo prazo**



Antidepressivos

Utilizar anti-depressivos tricíclicos e duais.

Amitriptilina é efetiva na prevenção de cronificação da neuralgia herpética (nível 2 de evidência)

Duloxetina é efetiva na polineuropatia diabética e fibromialgia (nível 1 de evidência)

Não há uma boa evidência de que anti-depressivos são efetivos no tratamento de dor lombar (nível 1 de evidência)

Intensive Care Medicine,
University, Cairo, Egypt

to Dalia A. Nasr, Anesthesia
Intensive Care Medicine, Ain Shams
University Buildings,
El-Dokki St, 8th District,
Cairo, Egypt
Phone: +20 225 68826;
Fax: +20 225 68826;
Email: dnasr@hotmail.com

September 2013
October 2013

Journal of Anesthesiology

Objectives

Acute postoperative pain following radical mastectomy has been shown to increase the risk for chronic postmastectomy pain, a type of neuropathic pain. Preemptive analgesia has been shown to be effective in reducing the incidence of some types of neuropathic pain. We investigated the analgesic efficacy of duloxetine on acute and chronic pain in patients undergoing breast surgery.

Materials and methods

Fifty patients scheduled for radical mastectomy with axillary dissection were randomized in a double-blinded manner to receive either duloxetine 60 mg (group D) starting 2 days before operation for 2 weeks followed by 30 mg until the end of study or placebo capsules (group P) for the same course. Total morphine consumption over the first 48 h, time to first rescue analgesic, and pain scores were recorded [visual analog scale (VAS)] at 2, 4, 12, and 24 h postoperatively, daily until the fourth day, then 3 and 6 months later.

Results

In the duloxetine group compared with the placebo group, total morphine consumption was less (at 24 h, 14 ± 2.3 vs. 24 ± 1.7 and at 48 h, 11.5 ± 2.5 vs. 20 ± 1.4 , $P < 0.001$, respectively), time to first rescue analgesic was longer (4.6 ± 0.7 h vs. 2.5 ± 0.5 h, $P < 0.001$, respectively), with significant decrease in VAS scores of pain at all time points ($P < 0.001$), and the incidence of pain was less at 3- and 6-month follow-up.

Conclusion

Duloxetine significantly reduced postoperative analgesic requirements, VAS, and incidence of chronic pain at 3- and 6-month follow-up in women undergoing breast surgery.



Anticonvulsivantes

Gabapentina e Pregabalina são eficazes no tratamento da dor neuropática (nível 1 de evidência). É razoável usá-los em dor neuropática aguda.

Carbamazepina é eficaz no tratamento da neuralgia do trigêmeo (nível 1 de evidência)

Gabapentinoides reduzem dor pós-operatória, necessidade de opioides, incidência de vômitos, prurido e retenção urinária (nível 1 de evidência)

BJA Advance Access published February 26, 2011

British Journal of Anaesthesia Page 1 of 9
doi:10.1093/bja/aer027

BJA

Efficacy of pregabalin in acute postoperative pain: a meta-analysis

J. Zhang¹, K.-Y. Ho^{2*} and Y. Wang¹

¹ Department of Anesthesiology, The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, No. 1 East-Jianshe Road, Zhengzhou 450052, China

² Pain Management Centre, Raffles Hospital, 585 North Bridge Road, Singapore 188770, Singapore

* Corresponding author. E-mail: ho_kokyuen@rafflesmedical.com

Perfil de nocicepção: pró ou antinociceptivo?



CPM- *conditioned pain modulation.*

Dois estímulos dolorosos consecutivos em áreas distintas. A aplicação do primeiro estímulo é capaz de inibir a sensação dolorosa da aplicação do segundo estímulo, devido à ativação das vias descendentes inibitórias

TS - *temporal summation*

Avalia se repetição do estímulo pode causar sensibilização a nível espinal.

Perfil de nociceção: pró ou antinociceptivo?



PAIN® 155 (2014) 663–665

PAIN®

www.elsevier.com/locate/pain

Topical review

Pain modulation profile and pain therapy: Between pro- and antinociception



David Yarnitsky^{a,b,*}, Michal Granot^c, Yelena Granovsky^{a,b}

^aDepartment of Neurology, Rambam Medical Center, Haifa, Israel

Baixo CPM: Uso de inibidores da receptação de serotonina/noradrenalina

Alto TS: usar bloqueadores NMDA ou gabapentinoides

Anestésicos em Dor Aguda

Infiltração local em feridas cirúrgicas perioperatórias diminui a dor aguda e necessidade de analgésicos

Utilização endovenosa perioperativa diminui a dor aguda e necessidade de analgésicos



IASP

PAIN® 153 (2012) 273–280

PAIN®

www.elsevier.com/locate/pain

Research papers

Lidocaine patch (5%) produces a selective, but incomplete block of A δ and C fibers

Elena K. Krumova^{*1}, Martina Zeller^{1,2}, Andrea Westermann, Christoph Maier



Ketamina, canabinoides, metoclopramida e corticoides

Anti-NMDA (Ketamina): utilização endovenosa perioperativa diminui a dor aguda e necessidade de analgésicos

Canabinoides: não existe evidência para seu uso em dor aguda

Metoclopramida: efetiva no tratamento da migrânea aguda, náuseas e vômitos associados a dor do câncer e dor pós-operatória

Corticoides: dor pós-operatória em casos selecionados



Situações especiais: Lombalgia

Dor lombar aguda é inespecífica em 95% dos casos. Achados de imagem são comuns também em controles assintomáticos (nível 1 de evidência).

Investigações mais aprofundadas são indicadas quando existem "red flags" da anamnese ou exame físico.

Informação verbal, orientações de atividade física e fisioterapia são benéficos em dor lombar aguda (nível 1 de evidência).

Colares cervicais não são efetivos para dor cervical aguda (nível 1 de evidência).



Situações especiais: Lombalgia

THE LANCET

"The systematic neglect of culture in health and health care is the single biggest barrier to the advancement of the highest standard of health worldwide."

Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial

Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ



Situações especiais: Pós-operatório Neurocirurgia

Morfina é mais efetiva que codeína e tramadol para dor pós-craniotomia (nível 2 de evidência)

Infiltração de anestésicos locais no couro cabeludo diminuem a incidência de dor pós-operatória e a cronificação de dor (nível 2 de evidência)



Situações especiais: Neuralgia herpética

Agentes anti-virais não diminuem a incidência de neuralgia pós-herpética (nível 1 de evidência).

Amitriptilina em baixas doses por 90 dias desde o início do herpes diminui a incidência de neuralgia pós-herpética (nível 2 de evidência)

Lidocaína tópica e oxicodona oral promovem analgesia em neuralgia herpética aguda

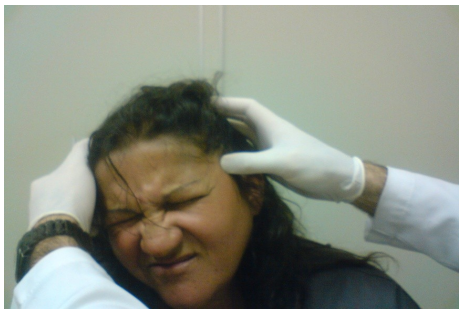


Situações especiais: Dor músculo-esquelética

Paracetamol, anti-inflamatórios orais e tópicos devem ser usados para dor músculo-esquelética aguda.

Opioides de curta ação (codeína) podem ser necessários para melhora da dor músculo-esquelética.

Adjuvantes, como anti-depressivos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes, não são recomendados de rotina para dor músculo-esquelética aguda.



Situações especiais: Cefaleia Tensional

Paracetamol ou aspirina com adição de cafeína é efetivo para o tratamento de cefaleia tensional episódica (nível 1 de evidência).

Anti-inflamatórios são efetivos para o tratamento de cefaleia tensional episódica.



Situações especiais: Migrânea

Triptanos são efetivos para o tratamento da migrânea intensa (nível 1 de evidência).

Ibuprofeno e Dipirona são efetivos para o tratamento da migrânea (nível 1 de evidência).

Opioides não devem ser utilizados.



Situações especiais: Migrânea

Clorpromazina parenteral é efetiva para o tratamento da migrânea, especialmente em emergência (nível 2 de evidência)

Aspirina-metoclopramida é efetiva para o tratamento da migrânea moderada (nível 1 de evidência).

Metoclopramida parenteral é efetiva para o tratamento da migrânea (nível 1 de evidência).

Droga	Dose inicial	Dose máxima
Amitriptilina/ Nortriptilina	25 mg/ dia	150 mg/ dia
Duloxetina	30 mg/ dia	60 mg/ dia
Venlafaxina	37,5 mg/ dia	225 mg/ dia
Gabapentina	100-300 mg / dia	3600 mg/ dia
Pregabalina	75 mg/ dia	600 mg / dia
Codeína	30 mg a cada 4 h	120 mg /dose
Tramadol	50 mg / dia	400 mg / dia
Morfina	10 a 15 mg a cada 4 horas	Sem dose máxima

Conclusões

Tratamento da dor aguda (< 3 meses): escada analgésica OMS para o tratamento da dor do câncer.

Dores leves (VAS, 3): analgésicos simples como Paracetamol ou Anti-inflamatórios não hormonais.

Dores moderadas (VAS 4 - 6): Opioides fracos, como Codeína e Tramadol

Dores intensas (VAS >7): Opioides moderados a fortes, tais como Oxycodona, Metadona, Morfina e Fentanil

Conclusões

Levar a dor para um VAS menor que 4, já é um alvo considerado satisfatório

Algumas classes de drogas são utilizadas para patologias específicas, como os triptanos para tratamento da migrânea

Medicações adjuvantes podem ser utilizadas em dor aguda em situações especiais, tais como, dor do câncer, dor neuropática e dor pós-operatória.


XXVI Congresso Brasileiro de
NEUROLOGIA
9 a 12 de novembro 2014 | Expo Unimed Curitiba | Paraná
Novas fronteiras em Neurologia




USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Obrigada!

