

A dor em doentes com doença crónica e avançada

Workshop

Jornadas do internato de medicina geral e familiar

Fátima Teixeira

Medicina Geral e Familiar

Coordenadora da ECSCP do ACES Sotavento

30-05-2013

Conceito

A dor crónica é uma entidade multidimensional, tanto na sua etiologia como na sua consequência. A dor dependerá de factores psicológicos, sociais e espirituais, é influenciada pelas experiências passadas, pela personalidade, medos e crenças.

A medicação com opióides, antidepressivos, anticonvulsivante e analgésicos tópicos exige conhecimentos e ponderação.

Avaliação da dor

O relato pessoal é a medição mais válida da experiência de dor. A história da dor é fundamental para a sua avaliação e inclui a descrição, pelo paciente, da intensidade (vide quadro), qualidade, localização, frequência, duração, condições agravantes e atenuantes. O médico deve considerar ainda a personalidade do paciente, a sua cultura, o estado psicológico, o potencial de ganhos secundários e a possibilidade de comportamento em busca de drogas. Vale lembrar ainda que, muitas vezes, o paciente não consegue distinguir o seu sofrimento e as suas aflições da dor que está sentindo.

Como em qualquer outro caso, o paciente com dor deve ser submetido, então, a exame físico completo. Se o médico chegar a uma conclusão sobre a causa da dor, o ideal é tratar essa causa. Por exemplo, imobilizar uma fratura pode eliminar a dor que ela provoca.

Se a dor for difícil de aliviar deve ser cuidadosamente avaliada de modo a que a sua caracterização nos ajude a encontrar melhor abordagem e tratamento.

Avaliação da intensidade da dor e a escada de dor da OMS

Tipo de escalas de avaliação:

- Unidimensional
- Multidimensional

1- Escalas unidimensionais

a) Escala verbal

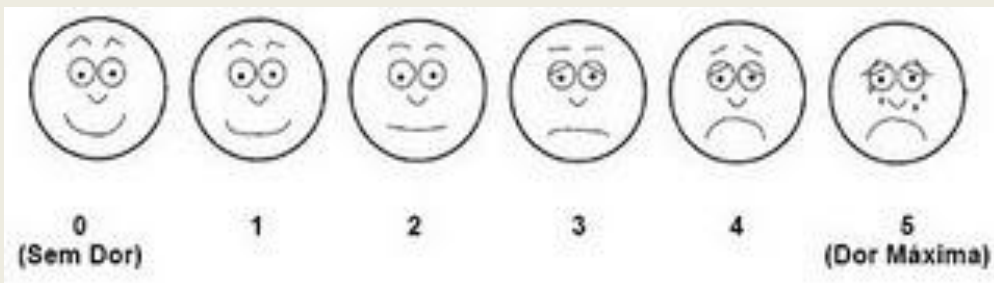
Quantifica a experiência dolorosa por meio de frases como, “nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor insuportável, pior dor possível”

b) Escala numérica

Quantificação da dor através de números, entre zero (“nenhuma dor”) e dez (“maior dor possível”).

c) Escala de faces

O paciente quantifica sua dor pela identificação com a emoção que lhe causa.



Princípios básicos para o tratamento da dor

- A dor é um constructo multidimensional
- Uma avaliação disciplinada e multidimensional é necessária
- Evitar atrasar a intervenção
- Comunicar com doentes, famílias e cuidadores
- Uma abordagem sistemática em passos para evitar o agravamento
- Dores constantes requerem analgésicos regulares
- Sempre deixar instruções para a dose a ser utilizada em SOS
- Considerar o analgésico apenas uma parte de uma dor que é total
- Cuidados continuados ao doente e família

Classificação

Dor nociceptiva: (Dor normal), é a dor causada pela lesão de tecidos. Esta dor é transmitida por um sistema nervoso intacto.

Dor neuropática: Resulta de lesão ou disfunção do sistema nervoso. A lesão ocorre, pois, no sistema responsável pela condução e interpretação da dor.

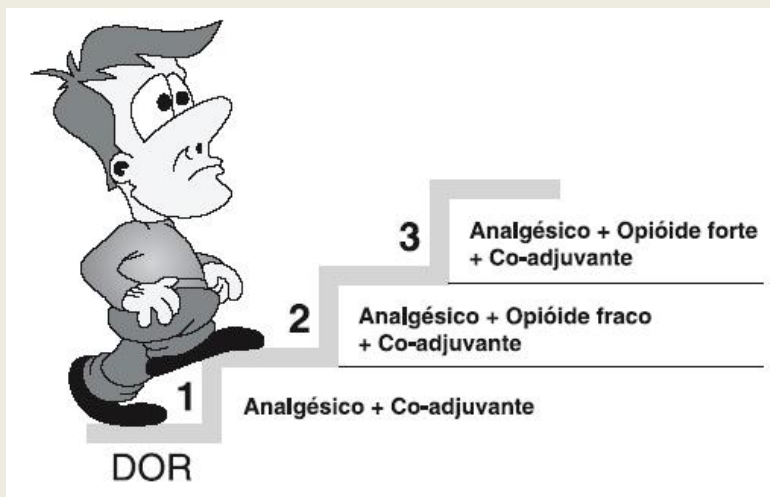
Dor inespecífico ou mixta: mistura dos dois tipos de dor

Dor crónica: Dor que persiste por mais de 6 meses. Deixa de ser protetora e deixa de estar relacionada apenas com o estímulo causal, altera a personalidade, o sono, a irritabilidade e o estilo de vida.

Dor irruptiva: exacerbação da dor crónica

Prescrição analgésica

Escada da OMS



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer – Pro-Onco
(Trad.) O alívio da dor do câncer. 2.ed. Rio de Janeiro: Pro-Onco/INCA:1997.p.16-18. ISBN 057318.030.7

Analgésicos

- **Não opióides** (degrau 1)
- **Opióides**
 - Fracos (degrau 2)
 - Fortes (degrau 3)
- **Co-analgésicos ou adjuvantes**
 - Antidepressivos
 - Anticonvulsivante
 - Corticosteroides
 - Bisfosfonatos

Todos os fármacos do primeiro degrau têm um teto, ou seja, têm uma dose a partir da qual já não há efeito analgésico, mas apenas efeitos laterais.

Paracetamol

É um analgésico sintético que age ao nível do SNC através da inibição da ciclooxigenase que está relacionada com a produção de prostaglandinas. Esta inibição é feita de forma diferente da que ocorre com os anti-inflamatórios.

A metabolização do paracetamol depende da idade e da dose utilizada. O paracetamol é metabolizado no fígado.

Está disponível a nível rectal, oral e endovenoso. A dose diária máxima recomendada é de 4grmas, uma vez que doses superiores podem dar origem a insuficiência hepática aguda. Este efeito é aumentado se estivermos diante de abuso de álcool, anorexia, idade avançada, estados de malabsorção, e com o uso de outras drogas associadas. Deve ser usado com precaução nos doentes a com insuficiência renal, a fazerem varfarina e com insuficiência hepática.

Os antieméticos antagonistas do 5HT3 bloqueiam o efeito analgésico do paracetamol.

Anti-inflamatórios não esteróides

São drogas com carater anti-inflamatório pela inibição da ciclooxigenase na cascata do ácido aradonico, cujo resultado se traduz na redução da síntese de prostaglandinas.

As prostaglandinas são mediadores inflamatórios que agem a nível periférico e central. A nível periférico aumentam a sensibilidade aos estímulos nocivos pelas terminações nervosas livres, produzindo aumento da resposta à dor.

Centralmente o aumento de prostaglandina causa saturação dos terminais nervosos no corno posterior da medula, resultando numa amplificação da dor.

Estes fármacos também possuem efeito antipiréticos e podem ser responsáveis por um benefício na prevenção no crescimento tumoral e na regulação de citoquinas responsáveis pela síndrome da caquexia e anorexia.

O efeito colateral mais importante é a hemorragia digestiva. Existem factores de riscos para hemorragias que devem ser considerados, tais como:

1. Idade avançada
2. Infecção por helicobacter pilori
3. Ulceras pépticas, gastrites e hemorragias anteriores
4. Medicação concomitante: corticosteróide, SSRIs (inibidores da recaptação da serotonina)

5. Anticoagulantes
6. Outras comorbilidades como: doença cardíaca, renal, hepática e neoplasia

Opióides

No degrau dois da OMS temos a codeína e o tramadol. O tramadol é um derivado sintético da codeína, atua ligando-se aos receptores μ e inibe a recaptação da serotonina. Tem metabolização hepática e eliminação renal. Não deve ultrapassar os 400mg diários pois pode dar origem a convulsões.

Os opióides fortes que fazem parte do 3ª degrau da OMS são a morfina, metadona, oxicodona, hidromorfona e o fentanilo. Ligam-se aos receptores μ , κ , δ , podendo ser classificados com a sua actividade intrínseca como agonistas, agonistas parciais/antagonistas, agonistas/antagonistas

Um agonista puro liga-se aos receptores μ e aos outros receptores.

Qual o opióide a ser utilizado como primeira escolha na dor oncológica?

Utilizamos como primeira escolha a morfina, fentanilo, hidromorfona. O efeito destes analgésicos não está limitada pelo efeito teto e por isso são mais efetivos. São denominados agonistas puros.

Evitar os opióides buprenorfina e meperidina. A buprenorfina é um agonista e antagonista, ou seja, tem efeito teto, o que faz que a partir de determinada dose os efeitos analgésicos deixam de existir e só observamos o aumento de efeitos colaterais.

A meperidina quando utilizada muitas vezes provoca a acumulação do seu metabólito denominado normeperidina que provoca excesso e neurotoxicidade, provocando delirium e convulsão.

Efeitos dos opióides atuando em diferentes receptores

Efeito	μ	κ	δ
	Analgesia	Analgesia	Analgesia
	Depressão	Depressão	Depressão
	Respiratória	Respiratória	Respiratória
	Euforia	Disforia	
	Obstipação	Sedação	

Classificação dos opióides segundo a sua actividade intrínseca

Opióides	Agonista	Agonista parcial/antagonista	Agonista/antagonista

	Morfina	Buprenorfina	Pentaszina
	Fentanilo		
	Hidromorfona		
	Oxicodona		
	Metadona		
	Peptidina		

Os agonistas puros têm efeito farmacocinético semelhante, atingem um pico de concentração em 6 minutos por via ev, 30 minutos por via sc, 60 minutos por via intramuscular e 90 minutos via oral. Tem metabolização hepática e eliminação renal. Vida média de 3-4 horas e estabilidade após 24 horas.

O efeito analgésico do fentanilo transdermico inicia-se 12 horas após a colocação do penso, pico em 24 -48 horas e duração de 72 horas.

A dose de resgate corresponderá há 1/6 do total da dose de opióide feito nas 24 horas.

Orientação para o uso de opióides segundo a OMS:

- “Pela boca”: preferencialmente a via oral
- “Pelo relógio”: prescrever segundo o tempo de ação dos fármacos, e não apenas quando o doente tiver dor
- “Pela escada”: Uso da escada analgésica, ou seja, respeitar uma hierarquia de fármacos
- “Individualizar”: A dose certa é a dose que alivia a dor
- “Observar os detalhes”: Prescrição clara, em horários regular, doses de SOS.

Conversão de opióide:

Indicação: A intensidade da dor é igual ou superior a 4, se aumento sucessivo de doses, se o paciente apresentar delirium, mioclonias, alucinações, náuseas e vômitos, se sedação excessiva, se necessidade de vias alternativas, custo alto, desejo do doente.

Com muita frequência o problema é que ao fazer a conversão a dose é inadequada. A conversão não é apenas um problema matemático, mas um processo complexo, onde a genética, a individualidade e a clínica devem ser consideradas.

Dose equianalgésica: frequência de droga para o mesmo efeito.

Existem várias tabelas com diferentes tipos de conversão. Deve ser utilizada a que o médico considerar mais efetiva para si. No entanto, algumas regras devem ser consideradas:

- Utilizar uma tabela equianalgésica
- Se não trocarmos para a metadona ou para o fentanilo, devemos reduzir a dose de 25 a 50% do novo opióide, caso a dor esteja controlada
- Reduzir a dose na falência de órgãos
- Monitorizar os efeitos adversos
- Não utilizamos opióides que agem no mesmo receptor

Conversão de opióides

Opióides agonistas	Parenteral mg	Oral mg	Duração do efeito
Morfina	10	30	3-4 Horas
Hidromorfona	1,5	7,5	3-4 Horas
Meperidina	75	300	3 Horas
Fentanilo transdérmico	3,6		72 Horas
Codeína	130	200	3-4 Horas

Mudança de opióide oral para formulação transdermica

Morfina PO: Fentanilo transdermico 100:1	Morfina 60mg/24 horas= 25µg/h fentanilo
Morfina Oral: Buprenorfina transdermica 100:1	Morfina 60 mg/24 horas= 25µ/h buprenorfina

De uma forma mais fácil temos:

- Morfina oral/horas 3,6= Fentanil transdérmico.
- Fentanilo x 3,6= Morfina oral
- Morfina oral para morfina CS: 2
- 10 Mg de morfina oral 800 de fentanilo transmucoso
- A hidromorfona é uma boa alternativa na insuficiência renal
- Quando a dor estiver controlada podemos colocar um penso transdérmicos, mas temos que dar medicação sc nas 6 horas seguintes.

Opióide para a dor crónica não oncológica

O uso de opióides potentes para a dor crónica não oncológica é controverso e nunca são utilizados como primeira linha devido a possibilidade de dependência. Podem ser prescritos mais com monitorização cuidadosa dos

doentes. Segundo estudos recentes 18-42% dos doentes com doença crónica não oncológica a fazerem opióides desenvolvem dependência ou vício.

A **tolerância** está relacionada com uma série de razões moleculares e celulares (redução ou excesso de receptores opióides, mecanismo de redução de ligação a proteína G) podendo ocorrer para qualquer opióide. A tolerância pode ocorrer desde o primeiro dia de tratamento.

Vício ou adição: Os sinais indicativos de vício são: uso de forma compulsiva de um opióide com o intuito de aliviar conflitos e não para a dor, aumento da dose por iniciativa própria, não aceitar a prescrição feita, ou pedido de mais prescrição, não aceitar a mudança de fármaco, apresentação de mudança de comportamento ou solicitar receitas a vários médicos. Existem factores de risco para a adição: genéticos e antecedentes pessoais.

A escolha do opióide deve recair sobre opióide de libertação controlada de longa duração. A morfina é uma boa opção. A formulação de libertação provoca menos efeitos colaterais.

Efeitos colaterais dos opióides: alterações cognitivas, náuseas e vómitos, sedação, alucinações, deliriums, obstipação, hipotensão ortostática. A incidência destes efeitos varia de 15-40%.

Fármacos adjuvantes

São drogas desenvolvidas primeiramente com outros objetivos e não o alívio da dor mas que apresentam este efeito em certas situações. Também são chamados de co-analgésicos, podendo ser usados em combinação com outros fármacos em todos os degraus da escada analgésica, com atuação especial no caso de dor neuropática que apresenta difícil controlo.

Antidepressivos: O mecanismo de ação ainda é desconhecido mas acredita-se que se deva à acumulação de monoaminas no corno posterior da medula, por inibição da sua recaptação. Utilizados na dor neuropática.

Os antidepressivos utilizados são a amitriptilina, nortriptilina, paroxetina e desipramina. Os efeitos colaterais são os efeitos anticolinérgicos.

Anticonvulsivantes: São utilizados há mais de 50 anos na dor neuropática, como a carbamazepina para a nevralgia do trigémeo. Os mais usados são a gabapentina, ácido valpróico, carbamazepina, fenitoína e clonazepam.

A carbamazepina e a fenitoína podem dar leucopenia e toxidade hepática. A gabapentina é a que menos efeitos e interações tem e o clonazepam é muito sedativo.

Corticosteróides: usados na compressão/ infiltração do sistema nervoso, aumento da pressão intracraniana, na dor óssea (secundária a

metastatização), dor visceral (distensão capsular). Agem nas náuseas e nos vômitos

Bibliografia

1. Lilian Hennemann -Krause. - Aspectos práticos da prescrição de opióides. Revista do hospital Pedro Ernesto, URFJ.
2. Alberta Cancer Board. Alberta Hospice Palliative Care Resource Manual, junho 2001.
3. Durval Campos Kraychete, TSA 1, Rioko Kimiko Sakata,2012.Usos e Rotação de Opióides para Dor Crônica não Oncológica. 2012
4. Faull, C., Caestecker, S. Handbook of Palliative Care. 2012
5. Peter Kaye. Tutorials in Palliative Medicine.1997
6. Zeppetella G- Palliative Care In Clinical Practice.2012