

Ano Mundial Contra a Dor **Aguda**

PAIN

OUTUBRO 2010 – OUTUBRO 2011

Princípios do Manejo da Dor nos Departamentos de Emergência para Pacientes com Condições Médicas Dolorosas Agudas

Introdução

- Dor é a razão mais comum para as pessoas procurarem serviços de saúde e, como queixa apresentada, é responsável por mais de dois terços das visitas aos departamentos de emergência [4,6,11].
- A maioria dos pacientes tem experiências dolorosas de causas não traumáticas.
- As principais categorias de condições médicas agudas incluem lombalgia e cervicalgia miofascial, dor abdominal, cefaléia, dor torácica e dor secundária a infecções respiratórias altas [12].
- Enquanto que o tratamento da dor aguda tem recebido mais atenção na última década, o subtratamento da dor é ainda comum em diversos aspectos.
- As diretrizes e protocolos para o manejo da dor, quando implementados de forma consistente, prevêm melhoras dos resultados sobre dor a curto prazo [5].

Princípios Éticos

- Os princípios éticos da beneficência (o dever de executar ações para o benefício dos outros) e não-maleficência (dever de não causar dano) fornecem uma base moral para nossa abordagem à pessoa com dor.
- Falta de respeito à autonomia do paciente e as escolhas sobre as várias intervenções analgésicas devem incorporar as preferências do paciente, quando possível.
- Os princípios de justiça distributiva argumentam que os recursos devem ser alocados de forma justa e que as disparidades inadequadas no tratamento analgésico com base no sexo, raça ou nível sócio-econômico devem ser reconhecidos e eliminados.

Avaliação

- Para conseguir um tratamento da dor satisfatório, o clínico deve primeiro reconhecer e avaliar a dor. Uma variedade de instrumentos de avaliação padrão estão disponíveis para o profissional e devem ser utilizados de forma rotineira.
- Subgrupos específicos de pacientes--incluindo bebês e crianças, aqueles com problemas cognitivos e os idosos--possuem risco aumentado para o tratamento inadequado da dor. Instrumentos específicos, tais como a FLACC e PAINAD, que medem comportamentos específicos relacionados à dor, são necessários para avaliar a dor nessas populações [9,13].

Protocolos de Tratamento

- Protocolos de avaliação e tratamento da dor devem ser desenvolvidos e instituídos.
- Órgãos reguladores para supervisionar os profissionais e instituições de saúde necessitam de documentação para a avaliação da dor em diversas situações clínicas.
- Intervenções analgésicas efetivas e documentação das respostas destas intervenções irão receber atenção minuciosa.
- Protocolos que incluem intervenções analgésicas iniciadas por enfermeiros podem resultar no alívio mais rápido da dor.

Condições Específicas

- Dor abdominal aguda:
 - Historicamente, os analgésicos têm sido subutilizados no tratamento da dor aguda abdominal pelo medo de se mascarar diagnósticos potencialmente graves e causando atrasos em intervenções cirúrgicas necessárias. Este medo não tem fundamento; uma série de ensaios clínicos controlados garantem a segurança da administração inicial de analgésicos no cenário de condições abdominais agudas.
 - Doses tituladas de analgésicos opióides intravenosos não devem mascarar achados clínicos importantes nem aumentar as taxas de erro diagnósticos ou atrasar a intervenção cirúrgica apropriada [8].

- Dor lombar aguda [1,2,3]:
 - Dor lombar aguda miofascial é uma condição muito comum, auto limitante e que se apresenta no consultório médico ou departamento de emergência.
 - Estudos de imagem devem ser adiados a menos que a história e exame físico possam sugerir uma etiologia mais grave como câncer, infecção, fratura, ou síndrome da cauda equina.
 - A necessidade inicial de analgésicos pode ser substancial e o tratamento com anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) ou acetaminofeno (também chamado de paracetamol) devem ser iniciados. O controle adequado da dor pode exigir o uso de opióides de liberação imediata a curto prazo. A terapia de opióides a longo prazo não deve ser iniciada a menos que exista recomendação por consensos.
 - O tratamento analgésico agressivo inicial permite a mobilização precoce e evita o repouso prolongado no leito. O repouso é um fator de risco reconhecido que atrasa a resolução da dor e ao retorno mais lento as funções plenas.
- Cólica renal
 - A dor excruciante da cólica renal é responsável por um milhão de visitas aos departamentos de emergência dos EUA em âmbito nacional e a incidência desta condição está aumentando.
 - A combinação de AINEs e opióides intravenosos é superior ao uso de uma modalidade sozinha, resultando na resolução mais rápida da dor com menos náusea e vômitos.
 - Os pacientes que se apresentam com os sintomas típicos devem receber a terapia analgésica rápida sem atrasos no tratamento, para os testes de confirmação com análise da urina ou estudos de imagem [10].
- Cefaléia migrânea
 - Os opióides são raramente apropriados como terapia de primeira linha para cefaléias primárias.
 - Antieméticos antagonistas da dopamina, incluindo proclorperazina e metoclopramida, são os agentes preferidos para o tratamento das cefaléias migrêneas estabelecidas em pacientes que se apresentam ao departamento de emergência [13].
 - A terapia dos triptanos pode ser considerada para o tratamento de migrânea inicial ou rara que não responde aos AINEs, mas somente após a exclusão cuidadosa de causas mais graves de cefaléia aguda.

Referências

- [1] Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:505–14.
- [2] Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:492–504.
- [3] Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478–91.
- [4] Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 2002;20:165–9.
- [5] Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, Yersin B, Buclin T. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Ann Emerg Med* 2007;50:462–471.
- [6] Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S. One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: a pilot study. *J Emerg Med* 1998;16:377–82.
- [7] Kostic MA, Gutierrez FJ, Rieg TS, Moore TS, Gendron RT. A prospective, randomized trial of intravenous prochlorperazine versus subcutaneous sumatriptan in acute migraine therapy in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2010;56:1–6.
- [8] Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD005660.
- [9] Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs* 1997;23:293–7.
- [10] Safdar B, Degutis LC, Landry K, Vedere SR, Moscovitz HC, D'Onofrio G. Intravenous morphine plus ketorolac is superior to either drug alone for treatment of acute renal colic. *Ann Emerg Med* 2006;48:173–180.
- [11] Tanabe P, Buschmann M. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *J Emerg Nurs* 1999;25:171–7.
- [12] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P. Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [13] Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003;4:9–1.