

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2012
112 anos



NÚMERO: 023/2012

DATA: 18/12/2012

ASSUNTO:	Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica
PALAVRAS-CHAVE:	Dor na criança; controlo da dor; doença oncológica
PARA:	Profissionais de saúde que tratam crianças com doença oncológica
CONTACTOS:	Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde – dspdp@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, sob proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, ouvido o Departamento da Qualidade na Saúde, emite-se a Orientação seguinte:

I - ORIENTAÇÃO

Nas crianças com doença oncológica, o controlo da dor decorrente dos procedimentos, da evolução da doença e do tratamento, excetuando-se o controlo da dor pós-operatória e o controlo da dor na fase terminal, deve observar as seguintes orientações, que pretendem ser eminentemente práticas e não exaustivas:

a) Intervenções não-farmacológicas

Selecionar as intervenções sensoriais (ex: frio, calor, massagem, sucção), cognitivo-comportamentais (ex: brincadeira, distração, relaxamento) e cognitivas (ex: imaginação guiada/hipnoanalgesia, terapia cognitivo-comportamental) em função da idade/desenvolvimento cognitivo (capacidade de pensamento abstrato) e do tempo disponível para aprender a técnica por parte da criança e da família (necessidade de treino), (Anexo 1 e 2).

b) Intervenções farmacológicas

O arsenal terapêutico é amplo e os fármacos e dosagens apresentados no Anexo 3 devem ser considerados meramente indicativos.

- i. Quando forem necessárias manobras invasivas simples da pele (Ex: venopunção, punção lombar, citologia aspirativa), recomenda-se anestesia tópica da pele, respeitando o tempo necessário para obter o efeito analgésico desejado.

Quando for necessário assegurar a cooperação da criança ou diminuir a ansiedade e agitação, utilizar uma benzodiazepina (midazolam retal, nasal, jugal ou IV) ou a mistura equimolar de protóxido de azoto. Em simultâneo, pode, dependendo da intensidade da dor esperada, ser utilizado paracetamol ou um opioide (morfina, fentanilo, alfentanilo).

- ii. Para manobras invasivas mais agressivas ou quando as medidas anteriores não resultem, solicitar a colaboração de Anestesiologista para sedoanalgesia mais profunda.

- iii. Para a dor causada pela progressão da doença ou pela terapêutica, seguir os princípios da OMS (“pela boca, pelo relógio, pela escada e pela criança”). Esta dor é geralmente de intensidade moderada ou intensa, justificando a utilização de opioides (codeína, tramadol, morfina, fentanilo, buprenorfina), privilegiando-se, para o controlo de base, as formas de libertação prolongada, sempre pela via menos invasiva possível (oral ou transdérmica). Reservam-se as vias parentéricas (IV ou SC) para as situações não controladas.
- iv. A utilização simultânea de fármacos de um grau inferior (paracetamol, AINEs) pode ser benéfica em alguns casos, mas não para tratar a dor irruptiva.
- v. Para a dor irruptiva, além da dose basal, prescrever uma dose de resgate (opioide de libertação ultrarrápida e/ou rápida, a cada 2-4 horas, por via oral, transmucosa ou parentérica), ajustando a dose basal se forem necessárias mais de 2 doses de resgate por dia.
- vi. Na mucosite, utilizar um colutório anestésico antes das refeições; nos casos de grau 3-4 ou dor de intensidade moderada ou grave ($\geq 5/10$), utilizar um opioide.
- vii. Na radiodermite moderada a grave, para além de emoliente, aplicar um corticoide tópico, podendo ainda ser necessário utilizar um opioide.
- viii. Na dor com componente neuropático, de acordo com as suas características, pode utilizar-se, para além do opioide, corticoides (ex: dexametasona), anticonvulsivantes (ex: pregabalina, gabapentina ou carbamazepina/oxicarbamazepina) ou antidepressivos tricíclicos (ex: amitriptilina). Em casos de dor localizada pode utilizar-se terapêutica tópica (ex: penso de lidocaína a 5% ou de capsaicina a 8%). A utilização destas terapêuticas requer, em geral, a articulação com uma unidade especializada. Por vezes, não é possível controlar totalmente a dor neuropática.

II - CRITÉRIOS

No controlo da dor nas crianças com doença oncológica, consideram-se critérios de boa prática:

- a) A abordagem da criança com dor oncológica e da família é baseada em protocolos de atuação multiprofissionais, devendo contemplar:
 - i. Informação à criança e à família acerca dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a efetuar e dos riscos associados;
 - ii. Informação à criança e à família acerca dos resultados esperados e das medidas que a equipa de saúde e os próprios vão e/ou devem tomar para minimizar a ansiedade e a dor.
- b) A avaliação da dor é efetuada de forma sistemática, como 5º sinal vital, com recurso a escalas adequadas, conforme a Orientação da DGS nº 14/2010 de 14/12/2010.
- c) A prevenção e tratamento da dor aguda e crónica incluem intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, devendo os cuidados ser organizados, no espaço e no tempo, de forma a

reduzir o número de procedimentos dolorosos e a permitir uma utilização eficaz das intervenções preventivas.

- d) A utilização de intervenções não-farmacológicas (ex: técnicas cognitivo-comportamentais, massagem, acupunctura) destina-se a melhorar a capacidade de enfrentamento da criança, promovendo o autocontrolo e o envolvimento da família. A seleção das intervenções não-farmacológicas deve ter em conta o estágio de desenvolvimento da criança, as suas preferências, a sua história anterior e as capacidades da família.
- e) A utilização de intervenções farmacológicas deve observar:
 - i. Se disponível, deve ser utilizada uma via de acesso venoso central para as repetidas colheitas de sangue e para administração de terapêutica;
 - ii. Em procedimentos que exigem maior cooperação da criança (ex: punção lombar, citologia aspirativa), ou quando esta esteja ansiosa, é utilizada a sedação. Pode ainda ser necessário administrar um analgésico por via sistémica;
 - iii. Quando se planeiam intervenções mais agressivas (ex: medulogramas, biópsias ósseas ou de massas tumorais), estas devem ser realizadas sob sedoanalgesia administrada por anestesiolgista.
- f) A prevenção das mucosites e das radiodermites é efetuada através da aplicação profilática de cuidados locais. A criança em risco para estas complicações é reavaliada periodicamente de forma a introduzir precocemente as medidas terapêuticas necessárias.
- g) O tratamento da dor crónica decorrente do processo de doença é orientado de acordo com a fisiopatologia e a intensidade.
- h) A dor crónica na criança com doença oncológica pode apresentar um componente neuropático, sobretudo em fase de progressão de tumores sólidos. O seu tratamento pode exigir a utilização de fármacos adjuvantes ou mesmo a colaboração de uma Unidade ou Consulta de Dor.
- i) As Unidades de Oncologia Pediátrica e outros Serviços que lidam com crianças com doença oncológica devem, sempre que possível, articular-se com os vários níveis de cuidados, com destaque para a colaboração com as Unidades de Dor.

III – FUNDAMENTAÇÃO

O Programa Nacional de Controlo da Dor, aprovado por Despacho da Ministra da Saúde de 8 de maio de 2008, previa, nas suas estratégias de intervenção, a criação e divulgação de orientações técnicas junto dos profissionais de saúde e a implementação de programas eficientes de controlo da dor com o objetivo da melhoria efetiva da qualidade de vida dos doentes com dor.

A dor oncológica não é uma experiência apenas física e envolve também a dimensão psicológica, social e espiritual numa constelação única para cada pessoa e família, expressa no conceito de dor total ou sofrimento total.

A criança com doença oncológica está frequentemente sujeita a dor aguda ou crónica, seja devida à doença (por infiltração óssea, lesão nervosa ou compressão/obstrução visceral), aos procedimentos diagnósticos ou aos tratamentos (quimioterapia, radioterapia, cirurgia). Pode também apresentar dor não relacionada com o cancro.

Porque as situações de dor são muitas vezes repetidas durante um período de tempo mais ou menos longo, é importante o controlo da dor previsível, desde o primeiro momento, de forma a melhorar a eficácia das medidas analgésicas, a evitar a ansiedade antecipatória subsequente e a ganhar ou manter a confiança e a adesão da criança e da família, imprescindíveis quando se trata uma doença grave prolongada.

Está ainda demonstrada a importância do controlo analgésico na minimização do impacto da doença sobre os sobreviventes de cancro pediátrico, numa situação equiparada à do *stress* pós-traumático.

O controlo da dor permite maximizar a cooperação da criança e da família e minimizar o risco de eventos adversos.

As intervenções não-farmacológicas são transversais a todos os tipos de dor, podendo na dor ligeira ser a primeira ou mesmo a única forma de intervenção. A sua utilização requer tempo, disponibilidade e preparação dos profissionais de saúde.

A dor crónica, presente nos casos mais graves e/ou nas situações de palição, obriga a um plano individualizado, com múltiplos fármacos, que deve ser obrigatoriamente reavaliado periodicamente, sob pena de desadequação.

A evidência científica disponível mostra que é possível tratar eficazmente e com segurança a dor nas crianças com doença oncológica.

IV – APOIO TÉCNICO E CIENTÍFICO

Comissão Nacional de Controlo da Dor e Ananda Fernandes (coordenação científica); Ana Leça e Helena Monteiro (coordenação executiva), Ana Lacerda, Ana Maia Ferreira, Luis Batalha, Manuel Brito e Maria do Bom Sucesso.

BIBLIOGRAFIA

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Prise en charge medicamenteuse de la douleur aigue et chronique chez l'enfant: Recommandations. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, 2009.

American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry, Cote CJ, Wilson S, the Work Group on Sedation. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: An Update. *Pediatrics* 2006;118(6):2587-602.

ChernyNI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine* 2009; 23 (7): 581-593.

Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics* 2001 Sep 1;108(3):793-7.

Friedrichsdorf SJ, Kang TI. The management of Pain in Children with life-limiting Illnesses. *Pediatric Clinics of North America* 2007; 54: 645-672.


- Hockenberry MJ, McCarthy K, Taylor O, Scarberry M, Franklin Q, Louis C, Torres L. Managing Painful Procedures in Children With Cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*. 2011; 33(2): 119-127.
- Hockenberry-Eaton M, Barrera P, Brown M, Bottomley SJ, O'Neill JB. Pain Management in Children with Cancer. Houston, Texas Cancer Council, 1999.
- Jacob E. Neuropathic pain in children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2004;21(6):350-7.
- Kazak AE, Alderfer M, Rourke MT, Simms S, Streisand R, Grossman JR. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *J Pediatr Psychol* 2004 Apr;29(3):211-9.
- Kelly AM. Integrating Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Standards Into Pain Management Practices. *Home Health Care Management & Practice* 2003;15(3):231-6.
- Ljungman G, Gordh T, Sorensen S, Kreuger A. Pain in paediatric oncology: interviews with children, adolescents and their parents. *Acta Paediatr* 1999 Jun;88(6):623-30.
- Nayak S, Cunliffe M. Lidocaine 5% patch for localized chronic neuropathic pain in adolescents: report of five cases. *Paediatr Anaesth* 2008 Jun;18(6):554-8.
- Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Ed: Goldman A, Hain R, Liben S. Oxford University Press, 2006 (1ª edição).
- Pederson C. Promoting parental use of nonpharmacologic techniques with children during lumbar punctures. *J Pediatr Oncol Nurs* 1996 Jan;13(1):21-30.
- Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM, Ed. *Pediatric Dosage Handbook*. Lexi-Comp 2010. (17ª edição).
- Twycross A. Non-drug methods of pain relief. In: Twycross A, Dowden SJ, Bruce E, editors. *Managing Pain in Children: a clinical guide*. Wiley-Blackwell; 2009. 67-84.
- World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*. Geneva: World Health Organization, 1998.
- Young KD. Pediatric procedural pain. *Ann Emerg Med* 2005;45(2):160-171.




Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

Anexo 1

Intervenções não-farmacológicas para controlo da dor em função da capacidade de pensamento abstrato e da necessidade de treino.

	SENSORIAIS	COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	
	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Necessidade crescente de treino</p> 	Massagem	Preparação para procedimentos (ex: modelação, ensaio comportamental)
Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS – <i>transcutaneous electric nervous stimulation</i>)		Técnicas de relaxamento muscular Exercícios respiratórios	Terapia cognitivo-comportamental
Calor/Frio		Distração passiva (ouvir música, história, ver TV ou vídeo) Distração ativa (cantar, soprar bolas de sabão, fazer puzzle, ver caleidoscópio, jogo de computador, contar)	
Sucção não-nutritiva, sacarose, amamentação		Reforço positivo	
Contenção, Colo			


 Capacidade crescente de pensamento abstrato

Adaptado de: Twycross A. Non-drug methods of pain relief. In: Twycross A, Dowden SJ, Bruce E, editors. *Managing Pain in Children: a clinical guide*. Wiley-Blackwell; 2009, pp: 67-84.

Anexo 2

Modo de aplicação das intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor

Intervenção	Modo de aplicação
Amamentação	Colocar o lactente à mama antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
Calor superficial	Aplicar fonte de calor húmido ou seco (temperatura junto à pele 40-45 graus C), localmente ou a montante do local doloroso, por períodos de 15 a 30 minutos com intervalos de 2 a 3 horas. Contraindicações: presença de traumatismo recente ou inflamação; aplicação em áreas do corpo com diminuição da sensibilidade; aplicação sobre a massa tumoral; crianças com dificuldades de comunicação.
Contenção com lençol ou contenção manual	Envolver o recém-nascido num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como <i>swaddling</i> . A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do recém-nascido mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como <i>facilitated tucking</i> e <i>containment</i> .
Distração	Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança.
Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)	Aplicar fonte de energia elétrica através de equipamento próprio contendo 2 ou 4 elétrodos cutâneos colocados na área dolorosa ou ao longo do trajeto do nervo. Nota: Deve ser utilizado conforme prescrição médica.
Frio superficial	Aplicar fonte de frio (temperatura junto à pele 15 graus C), localmente ou a montante do local doloroso, por períodos de 15 a 30 minutos com intervalos de 2 a 3 horas. Contraindicações: doença vascular; aplicação em áreas do corpo com diminuição da sensibilidade; crianças com dificuldades de comunicação.
Glicose a 30% (disponível em ampolas) ou Sacarose a 24% (preparação em farmácia hospitalar)	Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos devem ser sempre registados no processo clínico. A solução de sacarose deve ser conservada no frigorífico durante um período não superior a 1 semana. Nota: É eficaz durante o primeiro ano de vida.
Imaginação guiada/hipnoanalgesia	Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado, que envolva componentes visuais, auditivos, olfativos e gustativos.
Massagem	Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos. Contraindicações: alterações da coagulação, presença de inflamação ou lesão cutânea.
Modelação/ensaio comportamental	Antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança ou adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de enfrentamento (por exemplo em vídeo ou numa demonstração com boneco).

Anexo 2 (cont.)

Intervenção	Modo de aplicação
Preparação	Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais. Nota: A antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória mas suficiente para a criança se preparar.
Reforço positivo	Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificado) conforme combinado.
Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios	Utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade.
Sucção não nutritiva	Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica. Nota: Deve ser reservada aos lactentes doentes e que já utilizam chupeta.
Terapia cognitivo- comportamental	Promover o reajustamento do pensamento e do comportamento da criança, reduzir a ansiedade e melhorar o enfrentamento através de uma abordagem psicoterapêutica. Nota: A efetuar por psicoterapeuta.

Anexo 3

Fármacos mais frequentemente utilizados na criança com doença oncológica para analgesia /sedação e antídotos

Nome Farmacológico	Indicação	Posologia	Início de ação	Duração de ação	Notas
ANALGESIA					
Amitriptilina (antidepressivo tricíclico)	Adjuvante na dor neuropática	PO: <50kg: 0,2-0,5 mg/kg/dose à noite Máx: 1-2 mg/kg/dia; >50kg: 10-25 mg à noite Máx: 50-100 mg/dia	2-8h	20h	Titular dose em 2 a 3 semanas (iniciar sempre pela dose mais baixa)
Buprenorfina	Dor crónica	TD: na dor crónica. Conversão de dose equivalente de morfina oral		48-72h	
Codeína (opioide fraco)	Dor aguda e crónica	PO: 0,5-1 mg/kg/dose q 4-6h Máx: 240 mg/dia	60'	4-6h	
Diclofenac (AINE)	Dor aguda e crónica ligeira a moderada	PO: 6M-12A: 0,3-1 mg/Kg/dose > 12A: 25-50 mg/dose, 2-3 tomas/dia Máx:150 mg/dia			Fazer proteção gástrica. Toxicidade renal
Fentanilo (opioide forte)	Dor aguda Dor crónica	IV lento: 0,5-1 mcg/kg q 15-30' <1ano: 1-4 mcg/kg; 1-12anos: 1-2 mcg/kg; >12anos: 0,5-1 mcg/kg TM: iniciar com 200 mcg q 30' TD: na dor crónica. Conversão de dose equivalente de morfina oral	< 1' 15-20' 12h	30-60' 48-72h	Titular dose até efeito
Gabapentina (anticonvulsante)	Adjuvante na Dor neuropática	PO: <50 kg: 2-5 mg/kg/dose 1 a 3 tomas/dia Máx: 10-20 mg/Kg, 3 tomas/dia ≥50kg: 100-300 mg/dose 1 a 3 tomas/dia Máx: 600-1200 mg/dose			Titular dose em 3 a 4 semanas
Hidromorfona (opioide forte)	Dor crónica	OLP: na dor crónica 1 x dia. Conversão de dose equivalente de morfina oral		24h	
Ibuprofeno (AINE)	Dor aguda e crónica ligeira a moderada	PO: 4-10 mg/kg/dose q 6-8h Máx: 600 mg/dose	60-90'	6-8h	Proteção gástrica. Toxicidade renal

Indometacina (AINE)	Dor aguda e crónica ligeira a moderada	PO: >2A: 1-2 mg/kg/dia, 2-4 tomas Máx: 200mg/dia	30-60'	6-12h	Proteção gástrica. Toxicidade renal
---------------------	--	---	--------	-------	--

Anexo 3 (cont.)

Nome Farmacológico	Indicação	Posologia	Início de ação	Duração de ação	Notas
ANALGESIA					
Cetamina (Ketamina)	Adjuvante na dor neuropática	IV/SC: <50kg: 0,04-0,15 mg/kg/h >50kg: 2-5 mg/h Máx: 300 mg/dia	1-5 min	2,5-3h	Titular dose até efeito com aumentos cada 24h
Lidocaína + prilocaína creme (EMLA®)	Anestesia tópica da pele íntegra	Creme sob penso oclusivo: 0-3 meses: 0,5g; Máx: 1g/dia 4-12 M: 0,5g; Máx: 2g/dia 1-6A: 1-2g; Máx: 10g/dia 7-11A: 1-2g; Máx: 20g/dia ≥12A: 2-3g; Máx: 50g/dia Penso impregnado	60' Pico de ação: 120 min	4h	
Lidocaína a 2% - 10cc; nistatina 60ml; bicarbonato de Sódio a 1,4% - 500ml (Colutório anestésico)	Bochecho anestésico	15 minutos antes das refeições e SOS			
Metamizol magnésico	Dor aguda e crónica ligeira a moderada	PO/IV: 10-15 mg/kg/dose q 6-8h	30-60'	4-8h	
Morfina (opioide forte)	Dor aguda Dor crónica	PO: 1M-1 ano: 0,05 mg/kg/dose; 1-12 anos: 0,2-0,5 mg/kg/dose; >12 anos 10-15 mg/dose SC: 0,1-0,2 mg/kg/dose IV: 0,05-0,1 mg/kg/dose Perfusão contínua IV/SC: 0,01-0,03 mg/kg/h OLP: Conversão do total morfina rápida/dia	60' 5-15' 5' 2h	2-5h 2-5h 2-5h 8-12h	Diluir em Glicose 5% ou Soro fisiológico
Naproxeno (AINE)	Dor aguda e crónica ligeira a moderada	PO: > 2 anos: 2,5-7,5 mg/Kg/dose, 2-3 tomas/dia Máx: 15 mg/Kg/dia	60'	7-12h	Proteção gástrica. Toxicidade renal

Paracetamol	Dor aguda e crónica ligeira a moderada	PO/PR: 10-20 mg/kg Máx: 1 g/dose IV: <10kg: 7,5 mg/kg/dose Máx: 30 mg/kg/dia >10 a <50 kg: 15 mg/kg/dose Máx: 60 mg/kg/dia >50kg 1 g/dose Máx: 3-4g/dia	30-60'	4-8h	Toxicidade hepática
-------------	--	---	--------	------	---------------------

Anexo 3 (cont.)

Nome Farmacológico	Indicação	Posologia	Início de ação	Duração de ação	Notas
ANALGESIA					
Protóxido azoto + oxigénio 50/50%	Sedoanalgesia	Fluxo de gás = nº de anos doente (ex: 4 anos = 4l/min) A dose é gerida pela respiração do doente até obter o efeito desejado	2-5'	Até 5 minutos após suspensão da inalação	Mistura gasosa via inalatória. Monitorizar sinais vitais Tempo máximo procedimento 60 minutos
Tramadol (opioide fraco)	Dor aguda e crónica ligeira a moderada	PO ou IV: <50 Kg: 1-2 mg/Kg/dose Máx:8 mg/Kg/dia ≥ 50 Kg: 50-100 mg/dose. Máx:400 mg/dia	45-90'	6-8h	
SEDAÇÃO					
Diazepam	Sedação	PO: 0,2-0,3 mg/kg PR: 0,5 mg/kg IV: 0,04-0,3 mg/kg <5 A: Máx 5 mg >5 A: Máx 10 mg	45-60' 2-5' 1-2'	1-2h	
Hidrato de Cloral	Sedação	PR: 10-15 mg/kg PO: 30-75 mg/kg/dose Máx. 500 mg/dose	10-20'	4-8h	Toxicidade hepática e renal
Midazolam	Sedação	PO/PR: 0,3-0,5 mg/kg/dose Máx 15 mg/dose Nasal/Jugal: 0,2-0,3 mg/kg/dose Máx: 15 mg/dose IV/SC: 0,05-0,2 mg/kg/dose Máx: 10 mg/dose Perfusão contínua IV/SC: 0,2-0,5 mcg/kg/h	10-20' 5-10' 1-5'	30-60'	½ dose em cada narina IV lento Monitorizar sinais vitais
ANTÍDOTOS					



Flumazenilo	Reversão do efeito das benzodiazepinas	IV: 0,01 mg/kg/dose Máx: 0,2 mg/dose	Imediato	<60'	Pode ser repetido a cada minuto; máx. 5 doses
Naloxona	Reversão do efeito dos opioides	IV/IM/SC: 1ª dose: 0,01mg/Kg Restantes: 0,1 mg/kg Máx: 2 mg/dose	Imediato	<60'	Não diluir; pode ser repetido cada 2-3'

Abreviaturas: **IM** - via intramuscular; **IV** - via intravenosa; **Máx** - dose máxima; **OLP** - opioide de libertação prolongada; **PO** - via oral; **PR** - via retal; **SC** - via subcutânea; **TD** - via transdérmica; **TM** - via transmucosa