

Editorial	3
Eutanásia, Eufemismo e Compaixão	4
Lombociatalgia: a Evolução para Dor Neuropática I – os Mecanismos e sua Abordagem Clínica	6
Dor Crónica e Utilização de Opióides nos Cuidados Primários	13
Atividade de uma Unidade Multidisciplinar de Dor em Contexto de Internamento – Realidade do Hospital de Santa Maria, CHLN	19
O Papel dos Recetores do Glutamato na Génese da Dor Crónica	22
Poderão as Bombas Infusoras de Substâncias Analgésicas ser Fonte de Infecções Nosocomiais?	30



Editorial

Sílvia Vaz Serra

Olá. Um artigo de opinião sobre um tema pertinente e muito atual – eutanásia – inaugura este volume e abre caminho a uma reflexão (desejável), que deverá ser profunda e esclarecedora.

Num artigo «intimista», os colegas de um grande hospital relatam a sua vivência e experiência em lidar com o controlo da dor dos doentes, em contexto de internamento. Ao abrirem as portas a todos os que nos leem, permitem que o caminho que traçam em termos organizativos e opções terapêuticas seguidas possa ser objeto de profícua discussão construtiva, tendo como fim último o melhor tratamento do doente com dor crónica.

Segue-se um estudo de revisão onde é resumida e discutida a evidência científica existente sobre o papel dos recetores do glutamato na génese e na manutenção da dor crónica. A complexidade da matiz neuronal da dor, da distribuição dos recetores do glutamato e das diferentes ações que estes exercem na dor, podendo facilitar ou inibir a sua transmissão dependendo do local onde se encontram, é notável e dificulta a compreensão da fisiopatologia da dor crónica. Salienta-se que, apesar dos enormes avanços observados neste capítulo, pouco se tem alterado em termos de novas moléculas disponíveis para o tratamento da dor crónica. Mantêm-se a pertinência do tratamento da dor aguda como forma de evitar a neuroplasticidade cerebral e a conseqüente cronificação da dor.

O artigo seguinte é um estudo observacional, transversal e analítico, e tem como objetivo caracterizar o tratamento da dor crónica nos cuidados de saúde primários. Os autores pretendem avaliar a prescrição de opióides, conhecer os motivos para a sua não utilização e verificar a existência de relação entre a sua prescrição e sexo, idade, categoria profissional e existência de formação em dor. É essencial e urgente, cada vez mais, a análise crítica da utilização de opióides fortes em dor crónica não oncológica, e deste texto ressalta (entre outras) a importância e pertinência da formação pré e pós-graduada. Ressalta ainda a relevância da educação e capacitação dos doentes, cuidadores e população

em geral para a abordagem da dor crónica, através de campanhas de informação e sensibilização. O conhecimento como pedra basilar da boa atuação terapêutica.

O texto que se segue aborda uma entidade clínica por demais discutida e analisada, mas nunca o suficiente. O objetivo primordial deste artigo é tentar diferenciar a dor neuropática da «dor ciática pura». Esta diferenciação é de extrema importância, sendo a avaliação clínica cuidadosa destes doentes a pedra basilar. Desta avaliação clínica resulta a conduta terapêutica adequada e o correto impacto na incapacidade para o trabalho. Apesar da evolução dos exames complementares de diagnóstico (de imagem e/ou de alta resolução), estes mantêm um papel limitado na determinação da presença de dor neuropática. Os novos mecanismos neuroinflamatórios postulados em vários artigos científicos da década atual melhoraram a compreensão das vias de dor a nível do tecido neuronal, propiciando também novas perspetivas de tratamento farmacológico.

No texto que encerra este volume, aborda-se um tema de preocupação crescente – as infeções nosocomiais – não só pelo importante contributo na morbilidade e mortalidade hospitalares, mas também pelo elevado impacto económico e social. Neste contexto, a contaminação de objetos e dispositivos médicos por flora bacteriana pode desempenhar um papel crucial. Para avaliar a eficácia do protocolo de descontaminação utilizado num grande hospital central, os autores avaliaram prospetivamente a contaminação bacteriana de bombas infusoras de substâncias analgésicas (PCA) da unidade de dor aguda (UDA). Uma importante chamada de atenção.

Termino com um breve texto do Alexandre O'Neill:

*«Da folha de papel, amarfanhada,
a mosca sobe aos montes,
desce aos vales,
evola-se.*

*A mão, armada,
recomeça a planar
sobre outra folha, lisa,
de papel.»*

Eutanásia, Eufemismo e Compaixão

José Luís Portela

Discute-se, presentemente o problema da eutanásia, proposto por um grupo de cidadãos, à semelhança do que tem sido feito noutros países, e sempre com algum grau de polémica.

Como médico, e tendo trabalhado na área da dor clínica durante muitos anos, sinto que devo dar a minha opinião, fundamentalmente como cidadão que se interroga.

Colocando o problema em linhas esquemáticas e, até, por alguma indefinição de conceitos, julgo que neste campo existem três áreas distintas: a eutanásia, a ortotanásia e a distanásia.

A eutanásia (a chamada «boa morte») consiste no pedido de alguém que, de uma maneira consciente e informada, solicita o abreviar da sua vida perante um sofrimento intolerável. Julgo que o suicídio assistido não difere muito da eutanásia, pelo menos em termos éticos, pois o problema que se levanta é o de se considerar se o direito à própria morte é mesmo um direito ou, apenas, a decisão de uma pessoa que, perante um sofrimento insuportável, o decide fazer e, ainda, se a pessoa que colabora deva ou não ser condenada. É um problema para peritos na área da ética e da justiça, mas não me parece que esteja aqui o verdadeiro cerne da questão, como adiante comentarei.

A ortotanásia, termo pouco utilizado, corresponde à posição de deixar actuar a evolução de uma doença, sem tratamentos activos e desnecessários, procurando minorar a dor e o sofrimento. É a grande área dos cuidados paliativos e da medicina paliativa que não levanta problemas, quer de ordem médica, quer ética ou religiosa. Aqui, o problema que se discute é o direito que assiste a todos os doentes ao acesso a estes cuidados, problema que é, fundamentalmente, de carácter político, social e humano.

Por último, a distanásia ou o encarniçamento terapêutico, tentando manter a vida a todo o

custo, mesmo perante um sofrimento intolerável. É uma área onde, julgo, todos estão de acordo que não deve ser considerada.

Como dizia acima, o verdadeiro problema, o cerne da questão, está na fronteira entre a eutanásia e a ortotanásia.

Para distinguir a verdadeira eutanásia, (apaguei ou suicídio assistido) da ortotanásia, os defensores da eutanásia chamam-lhe activa ou voluntária, considerando como eutanásia passiva ou involuntária todas as outras formas do colaborar na morte de alguém. É como se o problema se pusesse apenas entre acção (actuar) e omissão (não actuar), como se nada mais estivesse em causa. Os não defensores da eutanásia, por outro lado, recusam, de um modo geral, o conceito de eutanásia passiva ou involuntária, considerando que toda a eutanásia é activa e voluntária.

Ora, para quem trabalha com doentes nesta fase, sabe que o problema do duplo efeito ou intenção é, muitas vezes, um eufemismo. Quando, para tratar uma dor incoercível, se dão doses de morfina ou outro fármaco até a dor desaparecer, podemos garantir que não houve um abreviar da vida do doente? Como é evidente, a intenção nunca foi essa mas, na realidade, isto não poderá ser uma forma velada de eutanásia, mesmo que a ética, a medicina e a igreja católica o não considerem?

Por tudo isto, tenho defendido que o problema da eutanásia ultrapassa largamente a medicina, a ética e a justiça:

- A medicina, pois continuam a haver casos de dor e sofrimento intoleráveis, apesar de poder existir uma rede de cuidados paliativos adequada e que cubra o universo de uma população.
- A ética, pois o princípio da autonomia do doente lhe confere esse direito, mesmo que o valor supremo da vida seja indiscutível.
- A Justiça, pois o que se tem passado noutros países levanta, por exagero de casos e irregularidades de conduta, grandes apreensões.

Julgo, assim, que deve ser integrada nesta discussão uma dimensão que até aqui me parece estar muito alheada nesta temática: a compaixão (sofrer com) ou mesmo o amor.

Os casos personalizados que têm aparecido nos *media* revelam, claramente, que a compaixão

Lombociatalgia: a Evolução para Dor Neuropática I – os Mecanismos e sua Abordagem Clínica

Cícero Silveira, Pedro Lima, Gil Bebiano e Ricardo Pestana

Resumo

A dor neuropática é aquela que pode desenvolver-se da dor nociceptiva persistente - como resultado de sensibilização contínua do sistema nervoso, ou como consequência de uma lesão direta e persistente (alterações somatosensoriais) do sistema nervoso central ou periférico; pode assumir, caracteristicamente ou não, o território neurológico central ou periférico (como nas radiculopatias lombares compressivas, p.ex. dor ciática). Os objetivos deste artigo são tentar diferenciar a dor neuropática da dor «ciática pura», na sua abordagem clínica e fisiopatológica, ressaltando também mecanismos neuroinflamatórios com surgimento na década atual, e que proporcionam boas perspectivas futuras em termos de tratamento farmacológico destes doentes, com subsequente diminuição da incapacidade para o trabalho.

Palavras-chave: Lombociatalgia. Dor neuropática. Sinal de Cecin.

Abstract

Neuropathic pain is one that may develop to persistent nociceptive pain as a result of continuous sensitization of the nervous system, or as consequence of a persistent and direct injury (somatosensory change) of the central or peripheral nervous system; it can take, characteristically or not, the central or peripheral neurological territory (as in compressive lumbar radiculopathy, e.g. sciatic pain). The objectives of this article are to differentiate neuropathic pain from “pure sciatic pain” in its clinical and pathophysiological approach, also emphasizing neuroinflammatory mechanisms that have arisen in the current decade and which provide good future prospects for pharmacological treatment of these patients, with subsequent decreased working incapacity. (Dor. 2016;24(1):6-12)

Corresponding author: Cícero Silveira, cjeancs@yahoo.com.br

Key words: Sciatic pain. Neurophatic pain. Cecin signal.

Introdução

A dor nociceptiva é distinta da dor neuropática – apesar do espectro clínico amplamente variável desta. Em termos gerais, define-se a dor nociceptiva como a dor relacionada com o sítio de lesão, sem compromisso direto do sistema nervoso, evidenciada ou circunscrita apenas no ponto de lesão.

Até 2008, a definição de dor neuropática era genericamente definida como aquela secundária a uma lesão do sistema nervoso com subsequente disfunção (*International Association for the Study of Pain* [IASP]). Contudo, o termo disfunção gerou uma série de conclusões ambíguas

relacionadas principalmente com sintomas e muitas vezes sem diagnóstico de certeza (sem semiologia neurológica óbvia ou correspondentes alterações imagiológicas), quando então um subgrupo do IASP – NeuPSIG (destinado apenas ao estudo da dor neuropática) otimizou a definição: a dor que pode desenvolver-se da dor nociceptiva persistente – como resultado de sensibilização contínua do sistema nervoso, ou como consequência de uma lesão direta e persistente (alterações somatosensoriais) do sistema nervoso central ou periférico^{10,27,28,29}; pode assumir caracteristicamente ou não o território neurológico central ou periférico (como nas radiculopatias lombares compressivas, p.ex. dor ciática), manifestando-se como dor ou sensação de queimação, pontadas ou «choques elétricos», prurido mal definido, de intensidade variável, de percepção do estímulo às vezes alterada (hiperalgesia

Serviço de Neurocirurgia
Hospital Dr. Nélito Mendonça
Funchal, Madeira
E-mail: cjeancs@yahoo.com.br

Dor Crónica e Utilização de Opióides nos Cuidados Primários

Raquel Meireles¹, André Reis², Raquel Diz³ e Ana Sofia Freitas⁴

Resumo

Objetivo: caracterizar o tratamento da dor crónica nos CSP, avaliar a prescrição de opióides, conhecer os motivos para a sua não utilização e verificar a existência de relação entre a sua prescrição e sexo, idade, categoria profissional e existência de formação em dor. **Tipo de estudo:** observacional, transversal e analítico. **Local:** UCSP do distrito de Bragança. **População em estudo:** médicos de família e internos de MGF. **Métodos:** amostra de conveniência (médicos de família e internos que aceitaram responder ao questionário). **Variáveis:** sexo, idade, categoria profissional, formação em dor, perfil de prescrição de opióides e motivos de não prescrição. **Dados recolhidos** por questionário anónimo de autopreenchimento, tratados pelo qui-quadrado e ANOVA ($\alpha = 0,05$) utilizando Excel[®] e SPSS[®]. **Resultados:** obtiveram-se 65 questionários (56,1% dos médicos do distrito), 40% do sexo masculino. A média de idades foi de 48,9 anos; 64,6% são médicos especialistas, 47,7% com mais de 30 anos de prática clínica. Conhecem a escada analgésica da OMS 78,5%. As classes farmacológicas mais utilizadas são opióides fracos (93,8%), analgésicos simples e AINE (76,9 e 75,4%). 49 médicos indicaram a eficácia analgésica como o aspeto mais valorizado na escolha. 49 médicos deparam-se frequentemente com dor crónica não controlada, mas apenas 26,1% usam «sempre» ou «quase sempre» opióides fortes nestas situações. Verificou-se que sexo e idade não influenciam a prescrição de opióides, contudo esta está significativamente associada a formação em dor ($p = 0,032$) e categoria profissional ($p = 0,023$). Quanto aos motivos de não prescrição, destacam-se a falta de informação e experiência prática, e o controlo da dor com outros fármacos. **Discussão:** o tratamento da dor crónica continua a representar um desafio terapêutico, sendo frequentemente pouco valorizada. Constatou-se que os médicos internos prescrevem menos opióides, sendo a falta de experiência ou informação um fator limitante à prescrição. Seria importante incluir esta área na formação médica pré e pós-graduada.

Palavras-chave: Dor. Tratamento da dor. Opióides.

Abstract

Objective: To characterize the treatment of chronic pain in primary care, assess opioid prescription, determine the reasons for non-use, and verify the existence of association between prescribing and sex, age, professional category, and existence of training in pain. **Type of study:** Observational study, cross-sectional analysis. **Location:** Health Care Units of the district of Bragança. **Population:** Family doctors and general practitioner trainees. **Methods:** Convenience sampling (family doctors and trainees who agreed to answer the questionnaire). **Variables:** sex, age, professional category, training in pain, opioid prescription and non-prescription motives. **Data collection** using an anonymous self-administered questionnaire, treated by chi-square and ANOVA ($\alpha = 0.05$) using Excel[®] and SPSS[®] software. **Results:** The authors obtained 65 questionnaires (56.1% of the district's family doctors), 40% male. The average age was 48.9 years; 64.6% are family doctors and 47.7% have over 30 years of clinical practice; 78.5% know the WHO analgesic ladder. The most commonly used drug classes are weak opioids (93.8%), simple analgesics (76.9%), and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (75.4%). Forty-nine doctors indicated analgesic efficacy as the most valued aspect in choosing. Forty-nine doctors often face uncontrolled chronic pain, but only 26.1% "always" or "almost always" use strong opioids in these situations. It was found that sex and age did not influence the prescription of

¹Interna de 4.º ano de MGF - UCSP da Sé

²Assistente de MGF - UCSP de Santa Maria 1

³Interna de 4.º ano de MGF - UCSP de Santa Maria 2

⁴Interna de 4.º ano de MGF - UCSP Mirandela II

Unidade Local de Saúde (ULS) do Nordeste

Saúde

E-mail: raquelmeireles@hotmail.com

opioids, but it was significantly associated with training in pain ($p = 0.032$) and professional category ($p = 0.023$). Regarding the reasons for nonprescription, the lack of information and experience and pain control with other drugs stands out. **Conclusions: Treatment of chronic pain remains a therapeutic challenge and it is often undervalued. General practitioner trainees prescribe less opioids, with the lack of experience or information being a reason for limiting this prescription. Given the obtained results, it would be important to include this area in pre- and postgraduate medical education. (Dor. 2016;24(1):13-8)**

Corresponding author: Raquel Meireles, raquelsmeireles@hotmail.com

Key words: Pain. Pain management. Opioids.

Introdução

A dor crónica pode ser definida como uma dor persistente ou recorrente de duração igual ou superior a três meses e/ou uma dor que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem^{1,2}. Tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes e, pela sua complexidade, representa muitas vezes um desafio terapêutico.

Constitui um grave problema de saúde em todo o mundo, estimando-se que na Europa atinja cerca de 19% da população adulta³. Em Portugal, um estudo realizado por Castro Lopes e colaboradores revelou que a dor crónica afeta aproximadamente 36% da população, da qual cerca de metade sofre de dor moderada a intensa¹. Um número significativo dos inquiridos referiu a presença de algum tipo de dor crónica desde há mais de 10 anos. A localização mais frequentemente referida foi a região lombar, apontada por cerca de 40% dos entrevistados. Quanto às causas de dor, as artrites e artroses estavam presentes em 37% das pessoas. Ainda no mesmo estudo, cerca de 35% dos doentes considerou que o tratamento da sua dor não estaria a ser o mais adequado, na maior parte dos casos devido à ineficácia dos medicamentos, mas também devido à pouca importância atribuída pelo seu médico ao controlo da dor. Este estudo concluiu ainda que apenas 1% da população tem acesso aos cuidados específicos das unidades de dor crónica, sendo os doentes essencialmente seguidos nos cuidados de saúde primários (CSP). Assim, os CSP são fundamentais para um correto diagnóstico, tratamento e seguimento do doente com dor crónica⁴.

A escada analgésica da organização mundial de saúde (OMS) permite a padronização do tratamento analgésico da dor baseada numa escada de três degraus, de acordo com a intensidade da dor que o doente apresenta^{5,6}. No primeiro degrau, para dores classificadas como ligeiras, são utilizados os analgésicos simples e os anti-inflamatórios. No segundo degrau, situam-se os opióides fracos, associados aos analgésicos simples e/ou anti-inflamatórios, utilizados na dor moderada. No terceiro degrau, utilizam-se os opióides fortes para o controlo das dores mais intensas, associados ou não aos

analgésicos simples ou anti-inflamatórios. Os fármacos adjuvantes podem ser usados em todos os degraus. A escada de três degraus sugere classes farmacológicas e não medicamentos específicos, proporcionando ao médico flexibilidade e possibilidade de adaptação, de acordo com as particularidades de cada doente.

Tendo em conta que a OMS apresenta o consumo de opióides fortes como indicador da qualidade dos cuidados prestados aos doentes com dor crónica, verifica-se que Portugal se situa na cauda da Europa, uma vez que a taxa de prescrição destes fármacos é uma das mais baixas dos países europeus^{6,7}. Em comparação com os restantes países, verifica-se que, na totalidade dos medicamentos utilizados para tratar a dor, Portugal se encontra na média da Europa. No entanto, uma das maiores diferenças entre Portugal e os restantes países europeus provém do excessivo consumo de anti-inflamatórios cox-2 seletivos («coxibs»). De forma destacada, Portugal encontra-se em primeiro lugar no consumo deste tipo de fármacos. É também um dos países europeus com maior consumo de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) tradicionais.

De forma a inverter esta situação, várias medidas têm sido tomadas em Portugal nos últimos anos. A legislação, inicialmente bastante restritiva, foi sendo atualizada, tendo sido publicados vários decretos-lei e circulares a fim de sensibilizar os profissionais de saúde e eliminar barreiras à prescrição^{6,8,9}.

Ainda assim, a utilização de medicamentos opióides fortes no tratamento da dor crónica mantém-se atualmente associada a inúmeros medos e ideias preconcebidas, como o medo de dependência ou abuso e o receio de efeitos secundários, dificultando a sua necessária prescrição e adesão ao tratamento⁹. Continuam a colocar-se questões como a controvérsia sobre o uso de opióides na dor crónica não oncológica; desvalorização da forma como os doentes avaliam a sua própria dor; má correlação entre a forma como os doentes avaliam a dor e a sua apreciação pelos respetivos profissionais e ainda a consideração de que a dor crónica é apenas um sintoma e não uma doença¹⁰. De referir ainda a ausência de aplicação de metodologia clínica apropriada a uma completa avaliação da

Atividade de uma Unidade Multidisciplinar de Dor em Contexto de Internamento – Realidade do Hospital de Santa Maria, CHLN

Vera Santos¹, João Carneiro¹, Célia Xavier², João Silva² e Teresa Fontinhas³

Resumo

A dor, como quinto sinal vital, deve ser registada e adequadamente controlada como um direito universal do doente. A Unidade Multidisciplinar de Dor do Hospital Santa Maria presta consultoria aos vários serviços do hospital, acumulando experiência ao longo dos últimos anos na abordagem de doentes com diferentes tipos de dor crónica ou aguda, com potencial de cronificação. A unidade desempenha ainda um papel importante na formação dos profissionais, otimização da referenciação e seguimento destes doentes.

Palavras-chave: Internamento. Dor crónica.

Abstract

Pain as the fifth vital sign should be recorded and adequately controlled as a universal right of every patient. The Multidisciplinary Pain Unit of Hospital Santa Maria provides advice to several Hospital Departments, and has accumulated experience over the past years in the management of patients with different types of chronic pain and acute pain with a high potential to become chronic. The Unit also plays an important role in the training of professionals, in optimizing referrals, and in the follow-up of these patients. (Dor. 2016;24(1):19-21)

Corresponding author: Vera Santos, veracvs@gmail.com

Key words: Inpatients. Chronic pain.

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como «uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão». Esta definição justifica a abordagem multidimensional desejável no controlo da dor, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, como as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa. As referidas

dimensões podem tomar especial expressão no contexto de uma doença aguda ou crónica agudizada a requerer internamento hospitalar, não esquecendo que os processos patológicos agudos podem, por si só, alterar a perceção da dor, agravando-a frequentemente.

De acordo com a circular normativa de 14 de Junho de 2003 (n.º 09/DGCG) da direcção geral de saúde (DGS), a dor é considerada o quinto sinal vital. Deste modo, passou a ser considerado como boa prática clínica e obrigatório, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, à semelhança do que era já realizado para os quatro sinais vitais «clássicos» (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal). Na nossa instituição, este registo encontra-se implementado em todos os serviços a que prestamos apoio, e é uma mais-valia na avaliação contínua e na correta referenciação dos doentes internados.

¹Interno de Formação Específica em Anestesiologia, 5.º ano

²Anestesiologista

Unidade Multidisciplinar de Dor

³Anestesiologista

Coordenadora da Unidade Multidisciplinar de Dor

O Papel dos Recetores do Glutamato na Génese da Dor Crónica

Carla L.D. Fernandes¹ e Susana Abreu^{1,2}

Resumo

A dor crónica é definida como uma dor que persiste para além do estímulo nociceptivo que lhe deu origem. Explica-se pela neuroplasticidade do sistema somatossensorial, em que ocorrem mudanças complexas nos neurónios sensitivos a vários níveis, como resposta à exposição a mediadores inflamatórios ou como consequência de lesão neuronal. Desde os trabalhos de Mark Mattson, sabe-se que o neurotransmissor glutamato não só tem funções a nível sináptico, como também tem um papel importante na regulação do crescimento dendrítico e na sinaptogénese. O glutamato, em conjunto com fatores neurotróficos, tem um papel central na plasticidade e na sobrevivência neuronal através da modulação do cálcio intracelular. Estes achados revelaram a base molecular da regulação da plasticidade neuronal dependente da atividade. Neste estudo de revisão é resumida e discutida a evidência científica existente sobre o papel dos recetores do glutamato na génese e na manutenção da dor crónica.

Palavras-chave: Dor. Dor crónica. Recetores do glutamato. Sensibilização central. Plasticidade.

Abstract

Chronic pain is defined as pain that persists beyond the expiration of the noxious stimuli that originated it. It is explained by the somatosensory system's neuroplasticity in which complex changes occur at various levels in sensory neurons, as a response to exposure to inflammatory mediators or as a result of neuronal injury. Since Mark Mattson's researches, it is known that the neurotransmitter glutamate not only has synaptic functions, but also has an important role in the regulation of dendritic growth and in synaptogenesis. Glutamate in combination with neurotrophic factors plays a central role in neuronal plasticity and survival through the modulation of intracellular calcium. These findings have revealed the molecular basis for regulation of activity dependent neuronal plasticity. In this review the existing scientific evidence about the role of glutamate receptors in the genesis and maintenance of chronic pain will be summarized and discussed. (Dor. 2016;24(1):22-9)

Corresponding author: Susana Abreu, susanamiguelf@gmail.com

Key words: Pain. Chronic pain. Glutamate receptors. Central sensitization. Plasticity.

Introdução

A associação internacional para o estudo da dor define a dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão¹.

De acordo com o mecanismo neurofisiológico responsável pelo seu aparecimento e manutenção, a dor pode ser classificada em dor aguda – nociceptiva e dor crónica – devida à sensibilização central².

A dor aguda, que tem uma curta duração, tem função de proteção e aprendizagem, sendo também chamada de dor fisiológica. A dor crónica, de longa duração, persiste para além do estímulo nociceptivo que lhe deu origem. Explica-se pela neuroplasticidade do sistema somatossensorial, não cumpre funções fisiológicas, provoca prejuízo cognitivo e sofrimento emocional bem como distúrbios do sono e do humor, sendo chamada de dor patológica^{3,4}.

Apesar dos esforços de profissionais de saúde, a prevalência da dor crónica é ainda muito elevada, representando sofrimento para os doentes e famílias, e um peso considerável para os serviços de saúde. Em Portugal, a prevalência estimada na população residente adulta é de 36,7%, sendo que destes, 49% relatam interferência da dor com o seu trabalho⁵.

¹Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade da Beira Interior
Covilhã

²Unidade de Saúde Local da Guarda, EPE
Guarda
E-mail: susanamiguelf@gmail.com

Poderão as Bombas Infusoras de Substâncias Analgésicas ser Fonte de Infeções Nosocomiais?

Luís Conceição¹, Diana Chieira¹, Sónia Rocha² e Piedade Gomes³

Resumo

Atualmente assiste-se a uma crescente preocupação com as infeções nosocomiais, uma vez que estas representam uma importante causa de morbilidade e mortalidade hospitalares, e estão associadas a importantes custos económicos e sociais. A contaminação de objetos e dispositivos médicos por flora bacteriana pode desempenhar um papel crucial. Para minimizar este problema, estão disponíveis comercialmente diversos dispositivos descartáveis para infusão e administração de fármacos. Apesar das vantagens que lhes são reconhecidas, o seu elevado custo de aquisição e eliminação limitam a sua utilização. Por outro lado, bombas infusoras reutilizáveis, com sistemas de infusão descartáveis, permitem uma maior flexibilidade na sua utilização e menores custos associados.

Para avaliar a eficácia do protocolo de descontaminação utilizado no nosso hospital, os autores avaliaram prospetivamente a contaminação bacteriana de bombas infusoras de substâncias analgésicas (PCA) da unidade de dor aguda (UDA). Num período de dois meses, foram colhidas com zaragatoa 54 amostras do teclado e do botão de bólus, sendo posteriormente cultivadas no laboratório de microbiologia. Em 63% das amostras do botão de bólus e em 67% das amostras do teclado foram isoladas bactérias. No entanto, todos os micro-organismos envolvidos eram bactérias comensais, e a revisão dos processos clínicos demonstrou que estas não estiveram implicadas em infeções nosocomiais. Os autores contactaram a comissão de higiene e controlo da infeção hospitalar para interpretar os resultados do estudo. Uma vez que todas as bactérias isoladas eram comensais e não estiveram associadas a infeções nosocomiais, o protocolo de descontaminação não sofreu alterações.

Palavras-chave: Infeções nosocomiais. Contaminação bacteriana.

Abstract

There is a growing awareness of hospital-acquired infections as they represent one of the leading causes of death and major morbidity with considerable associated economic costs. Concerning the environment, the contamination of objects and devices by microbial flora may play an important role. Nowadays, to overcome this issue, several disposable infusion and drug delivery systems are commercially available. Despite the advantages that they offer, their relatively high cost and disposal energy cost limit their utilization. In contrast, reusable programmable pumps, with single-use infusion sets, offer greater flexibility and lower running costs. To assess the effectiveness of the decontamination protocol used in our hospital, we prospectively audited the bacterial contamination of reusable patient-controlled analgesia infusion pumps in the Acute Pain Unit of our hospital. In a two-month period, 54 samples from the handset and keypads of our analgesia infusion pumps were cultured for bacterial contamination. In 63% percent of handset swabs and 67% of keypad swabs

¹Interno de Formação Específica em Anestesiologia

²Interna de Formação Específica em Infeciologia

Comissão de Higiene e Controlo da Infeção Hospitalar

³Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia

Serviço de Anestesiologia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Coimbra

E-mail: luis_miguel786@hotmail.com

bacteria were isolated. However, all the involved bacteria were skin-bacteria and the revision of the clinical files of the patients showed that they were not associated with hospital-acquired infections. Our hospital Commission of Hygiene and Control of Hospital-Acquired Infections was contacted in order to analyze the results. Once all the bacteria were commensal and were not involved in hospital-acquired infections, the decontamination protocol did not change. (Dor. 2016;24(1):30-2)

Corresponding author: Luís Conceição, luis_miguel786@hotmail.com

Key words: Hospital-acquired infection. Bacterial contamination.

Introdução

Atualmente assiste-se a uma crescente preocupação com o aumento de incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, implicando uma maior morbimortalidade, utilização de antibioterapia de largo espectro e também importantes custos económicos adicionais de grande impacto, não só hospitalar mas também para a sociedade em geral^{1,2}. Estima-se que em países desenvolvidos 5-10% dos doentes internados em unidades hospitalares venham a adquirir uma infeção durante esse mesmo internamento^{3,4}. Os agentes mais comumente responsáveis são bactérias, habitualmente comensais, ou então transmitidos por outros doentes ou pelo ambiente envolvente (transmissão pelos profissionais de saúde ou contacto com superfícies e objetos contaminados)⁴.

A utilização de dispositivos médicos de uso único é atualmente uma prática usual, como tentativa de diminuir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde. Estão hoje disponíveis no mercado diversos sistemas de infusão de fármacos de uso único. Apesar de todas as vantagens que lhes são reconhecidas (facilidade no manuseamento, adequado perfil de eficácia e segurança), estes também apresentam algumas desvantagens – elevado custo de aquisição e eliminação, baixa versatilidade por não permitir adequar facilmente a analgesia às necessidades do doente, entre outras⁵.

Na UDA dos hospitais da universidade de Coimbra do centro hospitalar e universitário de Coimbra – Portugal, estão disponíveis dispositivos de uso único para infusão de substâncias analgésicas e também 16 bombas infusoras PCA – 7 GEMSTAR® e 9 CADD-Legacy™ PLUS®, utilizadas sobretudo para analgesia do período pós-operatório em cirurgias *major*. Devido à sua grande utilização (cerca de 1.600 infusões/ano) e uma rotatividade de cerca de 1,9 doentes/semana para cada bomba, a sua maioria está permanentemente em utilização. Mensalmente, podem ser atribuídas a vários doentes em diferentes enfermarias, pelo que podem ser uma potencial fonte de infeções cruzadas entre doentes internados. Os manuais de manuseamento das duas bombas recomendam diferentes métodos de lavagem e desinfeção: as bombas

GEMSTAR® podem ser lavadas com quatro detergentes possíveis – Vesphene II se®, Manu-Klenz®, Formula C™ ou solução de hipoclorito de sódio 5,25%⁶, sendo que nenhum destes está disponível no nosso hospital; por outro lado, as bombas CADD-Legacy™ PLUS® podem ser lavadas com água e sabão, concentrado de cloreto de benzalcónio (0,13%), concentrado de gluteraldeído, hipoclorito de sódio (diluir uma parte para nove partes de água), solução alcoólica 93%, álcool isopropílico 99%, clorohexidina 70%, Super Sani-Cloth® ou MadaCide®⁷. Por uma questão de uniformização dos protocolos de lavagem e desinfeção, os fabricantes foram contactados e questionados sobre a exequibilidade da utilização de solução alcoólica a 70°, ao qual responderam afirmativamente.

Assim sendo, na nossa instituição, o protocolo de limpeza e descontaminação das bombas infusoras é o recomendado pela comissão de higiene e controlo da infeção hospitalar e permitido pelos fabricantes das bombas infusoras PCA - lavagem com água e sabão, seguida de desinfeção com solução alcoólica a 70°, e secagem em ar ambiente após a sua utilização e antes de a bomba retornar à UDA.

O objetivo deste estudo é averiguar se o procedimento de descontaminação das bombas infusoras estava a ser eficaz e se a sua utilização poderia ser responsável por infeções associadas aos cuidados de saúde.

Métodos

Durante dois meses, foram colhidas amostras microbiológicas de 27 bombas infusoras que regressaram à UDA. A colheita das amostras foi realizada sem alterar o protocolo de limpeza instituído e sem informar os responsáveis pela limpeza e transporte. Não foi alterado o modo de acondicionamento das bombas infusoras. Em cada bomba infusora foram colhidas duas amostras com zaragatoa: uma do teclado e outra do botão de bólus. As amostras foram colhidas pela mesma pessoa, tendo esta o cuidado de desinfetar as mãos com solução bactericida e calçar luvas esterilizadas antes do manuseamento da bomba infusora. A amostra do teclado foi obtida ao passar a zaragatoa por toda a superfície deste, enquanto que a amostra do botão de bólus