

ORIENTAÇÕES SOBRE GESTÃO DA DOR EM UROLOGIA

(Texto actualizado em Março de 2009)

P. Bader (Presidente), D. Echtele, V. Fonteyne,
G. De Meerleer, E.G. Papaioannou, J.H. Vranken

Princípios gerais de gestão da dor em oncologia

A estratégia terapêutica depende dos quatro objectivos de tratamento:

1. Prolongar a sobrevivência
2. Optimizar o conforto
3. Optimizar as funções
4. Aliviar a dor.

Tabela 1: Hierarquia dos princípios gerais na gestão da dor oncológica

1. Tratamento individualizado para cada doente
2. A terapêutica causal deve ser privilegiada em relação à terapêutica sintomática
3. A terapêutica local deve ser privilegiada em relação à terapêutica sistémica
4. Terapêutica sistémica progressivamente invasiva: escala da Organização Mundial de Saúde (OMS)
5. Adesão às orientações paliativas
6. Aconselhamento psicológico e terapêutica física desde o início

Farmacoterapia analgésica sistémica: a ‘escada analgésica’

A farmacoterapia analgésica é a base da gestão da dor oncológica. Embora o recurso concomitante a outras intervenções

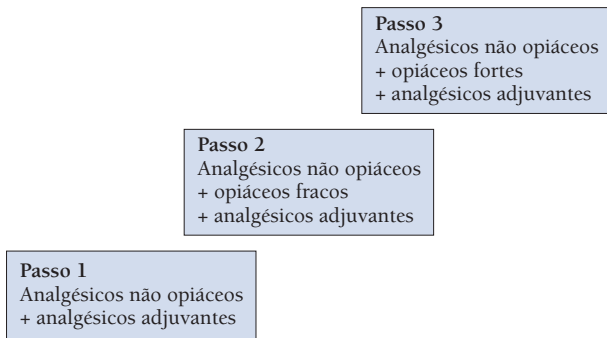
seja valorizado em muitos doentes, e essencial em alguns, os fármacos analgésicos são necessários em quase todos os casos.

Os fármacos analgésicos podem ser separados em três grupos:

- analgésicos não opiáceos
- analgésicos opiáceos
- analgésicos adjuvantes, que são fármacos com outras indicações primárias que podem ser analgésicos eficazes em circunstâncias específicas; existem três grupos:
 - corticosteróides
 - neurolépticos
 - benzodiazepinas.

A OMS propôs uma abordagem útil na selecção de fármacos para a dor oncológica, que ficou conhecida como a ‘escada analgésica’. Combinada com orientações apropriadas sobre dosagem, esta abordagem consegue providenciar alívio adequado a 70-90% dos doentes (Figura 1) (nível de evidência: 1a).

Figura 1: A ‘escada analgésica’ da Organização Mundial de Saúde.



Gestão da dor em oncologia urológica

Tabela 2: Quimioterapia à base de docetaxel versus regimes à base de mitoxantrona no cancro da próstata

Agente Quimio-terapia	Em associação	Frequên- cia	Taxa de resposta	
			Dor (%)	QoL (%)
Docetaxel	+ prednisona	De 3 em 3 semanas	35	22
Docetaxel	+ prednisona	Semanal-mente	31	23
Mitoxantrona	+ prednisona	De 3 em 3 semanas	22	13

Recomendação: Tratamento anticancerígeno	LE	GR
Terapêutica hormonal (orquidectomia, análogos LHRH, equivalente do dietilestilbestrol)	1a	A
Bloqueio androgénico total: prevenção de exacerbação, segunda linha	2b	B
Supressão androgénica intermitente experimental	3	B
Até à data a monoterapia com anti-androgénios não é recomendada	1b	A
O tratamento de primeira linha controla a doença durante 12 a 18 meses, segunda linha individualizada	1b	A
Tratamento de suporte		
Glucocorticóides em dose baixa	1b	A
Quimioterapia		
Mitoxantrona em associação com prednisolona	1b	B

Estramustina + vinblastina ou etoposido ou paclitaxel	2b	B
Docetaxel	1b	A
GESTÃO DA DOR		
Avaliação da dor (localização, tipo, gravidade, desconforto geral)		B
Dor devido a metástases ósseas dolorosas e estáveis (lesões únicas)		
Radioterapia Externa	1b	A
Dor devido a metástases ósseas dolorosas (generalizadas)		
Terapêutica hormonal primária	1a	A
Radioisótopos (estrôncio-89 ou samário-153)	2	B
Bifosfonatos	1b	A
Gestão sistémica da dor		
Escala analgésica da Organização Mundial de Saúde passo 1: AINE ou paracetamol	1a	A
Administração de opiáceos		
Titulação da dose	2	B
Acesso a analgésicos de vanguarda	1b	A
Antidepressores tricíclicos e/ou anticonvulsivantes em caso de dor neuropática	1a	A

Gestão da dor pós-operatória	GR
<ul style="list-style-type: none"> A dor pós-operatória deve ser adequadamente tratada, para evitar complicações pós-operatórias e o desenvolvimento de dor crónica 	B
<ul style="list-style-type: none"> A avaliação pré-operatória e preparação do doente permitem uma gestão da dor mais eficaz 	A

<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação adequada da dor pós-operatória pode conduzir a um controlo da dor mais eficaz e menores complicações pós-operatórias 	B
--	---

GR = grau de recomendação

Tabela 3: AINEs: fármacos, dosagem e administração

Fármaco	Dosagem por dia	Via de administração
AINEs convencionais (inibidores não selectivos da COX)		
Cetorolac	10-30 mg quatro vezes por dia	Via oral ou iv
Ibuprofeno	400 mg três vezes por dia	Via oral
Cetoprofeno	50 mg quatro vezes por dia	Via oral ou iv
Diclofenac	75 mg duas vezes por dia	Via oral ou iv
	50 mg três vezes por dia	Via oral ou iv
	100 mg duas vezes por dia	Via rectal
Inibidores selectivos da COX-2		
Meloxicam	15 mg uma vez por dia	Via oral
Lornoxicam	4-8 mg duas vezes por dia	Via oral ou iv
Celecoxib	200 mg uma vez por dia	Via oral
Parecoxib	40 mg uma ou duas vezes por dia	Apenas iv

AINE = anti-inflamatórios não esteróides; iv = intravenoso.

Recomendações	GR
<ul style="list-style-type: none"> • Os AINEs não são suficientes como único agente analgésico após cirurgia <i>major</i> 	B
<ul style="list-style-type: none"> • Os AINEs são frequentemente eficazes em cirurgias <i>minor</i> ou intermédias 	B
<ul style="list-style-type: none"> • Os AINEs reduzem, frequentemente, a necessidade de opiáceos 	B

- Evitar o uso a longo prazo de inibidores da COX em doentes com doença cardiovascular aterosclerótica

B

GR = grau de recomendação

Tabela 4: Dosagem e administração de paracetamol

Fármaco	Dosagem	Frequência	Via de administração
Paracetamol	1 g	Quatro vezes por dia*	Via oral, iv ou via rectal†

*Dose deve ser reduzida para 1 g três vezes por dia em doentes hepáticos.

† Administração intravenosa de paracetamol deve iniciar-se 30 minutos antes do fim da cirurgia, e a administração oral assim que for possível.

Recomendações	GR
• O paracetamol pode ser muito útil na gestão da dor pós-operatória dado que reduz o consumo de opiáceos	B
• O paracetamol pode aliviar a dor pós-operatória ligeira como terapêutica única sem os principais efeitos adversos	B

GR = grau de recomendação

Metamizol (dipirona)

O metamizol é um fármaco antipirético e analgésico eficaz usado na dor pós-operatória ligeira a moderada e cólica renal. O seu uso está proibido nos EUA e nalguns países europeus devido a casos reportados de neutropenia e agranulocitose. A dosagem diária é de 500-1000 mg quatro vezes por dia (via oral, iv ou via rectal). Quando administrado por via intravenosa o metamizol deve ser administrado em perfusão (1 g em 100 ml soro fisiológico normal).

Tabela 5: Opiáceos: fármacos, dosagem e administração

Fármaco	Dosagem por dia	Via de administração
Opiáceos fortes		
Morfina*	5-10 mg seis a oito vezes	Via oral
Morfina*	10-15 mg seis a 12 vezes	sc ou im
Petidina (meperidina)	50-100 mg seis a oito vezes	iv, sc ou im
Oxicodona	5-10 mg quatro a seis vezes	Via oral, iv ou sc
Opiáceos fracos		
Tramadol	50-100 mg quatro a seis vezes	Via oral, iv ou im
Codeína	30-60 mg (combinada com paracetamol) quatro vezes	Via oral ou via rectal

* Uma forma simples de calcular a dosagem diária de morfina para adultos (20-75 anos) é: $100 - \text{idade do doente} = \text{morfina por dia em mg}$. sc = subcutâneo; im = via intramuscular; iv = via intravenosa.

Tabela 6: Regime de dosagem típica na analgesia controlada pelo doente (PCA)

Fármaco (concentração)	Medida do bólus	Intervalo de encerramento (min)	Perfusão contínua
Morfina (1 mg/ml)	0.5-2,5 mg	5-10	0.01- -0,03 mg/kg/h
Fentanil (0.01mg/ml)	10-20 µg	5-10	0,5- -0,1 µg/kg/h
Petidina (10 mg/ml)	5-25 mg	5-10	–

Recomendação	GR
<ul style="list-style-type: none"> A PCA intravenosa proporciona analgesia pós-operatória superior, aumentando a satisfação do doente e diminuindo o risco de complicações respiratórias 	A

GR = grau de recomendação

Tabela 7: Dosagem usual equi-analgésica para administração parentérica e oral de opiáceos*

Fármaco	Parentérica (mg)	Oral (mg)
Morfina	10	30
Fentanil	0,1	–
Petidina	75	300
Oxicodona	15	20-30
Dextropropoxifeno	–	50
Tramadol	37,5	150
Codeína	130	200

* Todas as doses de opiáceos enumeradas são equivalentes a morfina parentérica 10 mg. A dose intratecal de opiáceos é 1/100, e a dose epidural 1/10, da dose necessária por via sistémica.

Tabela 8: Esquemas de dosagem típica de epidural *

Fármaco	Dose única	Perfusão contínua
Morfina	1-5 mg	0,1-1 mg/h
Fentanil	50-100 µg	25-100 µg/h
Sufentanil	10-50 µg	10-20 µg/h
Petidina	10-30 mg	10-60 mg/h
Bupivacaína 0,125% ou ropivacaína 0,2% + fentanil 2 µg/ml	10-15 ml	2-6 ml/h

* As doses de L- bupivacaína são equivalentes às de bupivacaína.

Tabela 9: Esquemas de dosagem típica na analgesia com epidural controlada pelo doente (PCEA)

Fármaco	Dose necessária	Intervalo de encerramento (min)	Taxa contínua
Morfina	100-200 µg	10-15	300-600 µg/h
Fentanil	10-15 µg	6	80-120 µg/h
Petidina	30 mg	30	-
Bupivacaína 0.125% + fentanil 4 µg/ml	2 ml	10	4 ml/h
Ropivacaína 0.2%+ fentanil 5 µg/ml	2 ml	20	5 ml/h

Recomendação	GR
<ul style="list-style-type: none"> A analgesia com epidural, principalmente a PCEA, proporciona analgesia pós-operatória superior, diminuindo o risco de complicações e aumentando a satisfação do doente. É portanto preferível a técnicas sistémicas (9). 	A

GR = grau de recomendação

Tabela 10: Exemplos de bloqueios neurais

Procedimento	Dosagem	Fármaco
<ul style="list-style-type: none"> Infiltração do nervo ilio-hipogástrico ou ilio-inguinal após reparação de hérnia 	10-20 ml	Bupivacaína ou ropivacaína 0,25-0,5%

• Infiltração do nervo intercostal	5-10 ml	Bupivacaína ou ropivacaína 0,25-0,5%
• Perfusão contínua intrapleurar	10 ml/h	Bupivacaína ou ropivacaína 0,1-0,2%

Recomendações	GR
• Sempre que possível deve ser empregue a gestão da dor multimodal dado que ajuda a aumentar a eficácia, minimizando os efeitos adversos	B
• Para controlo da dor pós-operatória em doentes em ambulatório, deve usar-se analgesia multimodal com uma combinação de AINEs ou paracetamol em associação anestésicos locais	B
• Na gestão da dor pós-operatória em doentes idosos é preferível a analgesia multimodal e epidural porque estas técnicas estão associadas a menores complicações	B
• O uso pós-operatório de opiáceos deve ser evitado em doentes obesos, excepto, se for absolutamente necessário	B
• Em doentes obesos é preferível uma epidural com anestésico local em combinação com AINEs ou paracetamol	B
• Não há dados suficientes para sustentar um plano de gestão da dor pós-operatória para doentes críticos ou com compromisso cognitivo	C

GR = grau de recomendação

Tratamento específico da dor após diferentes operações urológicas

Tabela 11: Opções farmacológicas durante litotrícia extracorporeal por ondas de choque (LEOC).

Fármaco	Dosagem	Método de administração	Frequência (max.)
Alfentanil	0,5-1,0 mg/70 kg	iv	Sempre que necessário
Fentanil (ou sufentanil ou remifentanil)	1 µg/kg (10)	iv	Sempre que necessário (risco de depressão respiratória)

iv = via intravenosa.

Recomendações	GR
<ul style="list-style-type: none"> Os analgésicos devem ser administrados sempre que necessário durante e após LEOC porque nem todos os doentes requerem alívio da dor 	B
<ul style="list-style-type: none"> Pré-medicação com AINEs ou midazolam diminui muitas vezes a necessidade de opiáceos durante o procedimento 	B
<ul style="list-style-type: none"> Pode usar a combinação de opiáceos intravenosos e sedação durante a LEOC; a dosagem é limitada pela depressão respiratória 	C
<ul style="list-style-type: none"> Pós-LEOC são preferíveis analgésicos com efeito espasmolítico 	C

GR = grau de recomendação

Tabela 12: Fármacos analgésicos - opções após procedimentos transuretrais

Fármaco	Dosagem	Método de administração	Frequência (max.)
Diclofenac	50	Via oral	Três vezes ao dia
	100	Via rectal	De 16 em 16 h
Metamizol	500-1000	Via oral ou iv	Quatro vezes por dia
Paracetamol	500-1000	Via oral ou iv	Quatro vezes por dia
Tramadol	50-100	Via oral, im, sc ou iv	Quatro vezes por dia
Piritramida	15	iv ou sc	Quatro vezes por dia
Petidina	25-100	Via oral, im, sc ou iv	Quatro a seis vezes por dia
Morfina	10	im	Oito vezes por dia

iv = via intravenosa; im = via intramuscular; sc = via subcutânea.

Recomendações	GR
• São preferíveis analgésicos pós-operatórios com efeito espasmolítico ou opiáceos ligeiros	C
• Os fármacos antimuscarínicos podem ser úteis na redução do desconforto resultante de cateter permanente	B
• Os fármacos antimuscarínicos podem reduzir a necessidade de opiáceos	B

GR = grau de recomendação

Tabela 13: Fármacos analgésicos - opções após cirurgia laparoscópica, cirurgia menor do escroto, pênis, e cirurgia urológica da região inguinal ou transvaginal

Fármaco	Dosagem	Método de administração	Frequência (max.)
Metamizol	500-1000	Via oral ou iv	Quatro vezes por dia
Paracetamol	500-1000	Via oral ou iv	Quatro vezes por dia
Tramadol	50-100	Via oral, im, sc ou iv	Quatro vezes por dia
Piritramida	15	iv ou sc	Quatro vezes por dia
Morfina	10	im intermitente	Oito vezes por dia
	1 mg bolus	iv	PCA, 5 min encerramento
Diclofenac	50	Via oral	Três vezes ao dia
	100	Via rectal	De 16 em 16 h

iv = via intravenosa; im = via intramuscular; sc = via subcutânea; PCA = analgesia controlada pelo doente.

Recomendações	GR
• Pressão intra-abdominal baixa e desinsuflação eficaz no fim do procedimento laparoscópico reduzem a dor pós-operatória	A
• Os AINEs são normalmente suficientes para controlo da dor pós-operatória	B
• Os AINEs diminuem a necessidade de opiáceos	B

<ul style="list-style-type: none"> • Para controlo de dor pós-operatória após cirurgia menor do escroto, pénis e região inguinal, deve ser usada analgesia multimodal combinada com AINEs ou paracetamol em associação com anestésicos locais 	B
<ul style="list-style-type: none"> • Se possível, evitar opiáceos nos doentes em ambulatório 	C
Os AINEs costumam ser suficientemente eficazes após cirurgia menor ou moderada	B

GR = grau de recomendação

Tabela 14: Opções analgésicas em cirurgia aberta perineal major ou após laparotomia transperitoneal

Fármaco	Dosagem	Método de administração	Frequência (max.)
Bupivacaína 0,25% + fentanil 2 µg/ml	5-15 ml/h	Perfusão epidural contínua	n.a.
Morfina	1 mg bólus	iv	PCA, 5 min encerramento
Metamizol	500-1000 mg	Via oral ou iv	Quatro vezes por dia
Paracetamol	500-1000 mg	Via oral ou iv	Quatro vezes por dia
Tramadol	50-100 mg	Via oral, im, sc ou iv	Quatro vezes por dia
Piritramida	15 mg	iv ou sc	Quatro vezes por dia
Diclofenac	50 mg	Via oral	Três vezes ao dia

	100 mg	Via rectal	De 16 em 16 h
--	--------	------------	---------------

iv = via intravenosa; im = via intramuscular; sc = via subcutânea; PCA = analgesia controlada pelo doente.

Recomendação	GR
<ul style="list-style-type: none"> O método mais eficaz para administração sistêmica de opiáceos é PCA, que melhora a satisfação do doente e diminui o risco de complicações respiratórias 	A
<ul style="list-style-type: none"> A analgesia epidural, principalmente PCEA, proporciona analgesia pós-operatória superior, reduzindo as complicações e aumentando a satisfação do doente; é por isso preferível às técnicas sistêmicas 	A

GR = grau de recomendação

Tabela 15: Opções analgésicas após laparotomia suprapúbica/retropúbica extraperitoneal ou após abordagem retroperitoneal – incisão no flanco

Fármaco	Dosagem	Método de administração	Frequência (max.)
Bupivacaína 0,25% + fentanil 2 µg/ml	5-15 ml/h	Perfusão epidural contínua	n.a.
Morfina	1 mg bólus		ivPCA, 5 min encerramento
Metamizol	500-1000 mg	Via oral ou iv	Quatro vezes por dia
Paracetamol	500-1000 mg	Via oral ou iv	Quatro vezes por dia

Tramadol	50- -100 mg	Via oral, im, sc ou iv	Quatro vezes por dia
Piritramida	15 mg	iv ou sc	Quatro vezes por dia
Diclofenac	50 mg	Via oral	Três vezes ao dia
	100 mg	Via rectal	De 16 em 16 h

iv = via intravenosa; im = via intramuscular; sc = via subcutânea; PCA = analgesia controlada pelo doente.

Recomendação	GR
<ul style="list-style-type: none"> A analgesia epidural, principalmente PCEA, proporciona analgesia pós-operatória superior, reduzindo as complicações e aumentando a satisfação do doente; é por isso preferível às técnicas sistémicas 	A

GR = grau de recomendação

Dosagem e método de libertação de alguns analgésicos importantes

Tabela 16: Dosagem e libertação de antipiréticos

Fármaco	Método de administração	Dosagem única (mg)	Dosagem máxima (mg/24 h)
Paracetamol	Via oral iv	500-1000 1000	4000 (50 mg/kg) 4000 (50 mg/kg)
Metamizol	Via oral iv	500-1000 1000-2500	4000 5000

iv = via intravenosa.

Tabela 17: Dosagem e libertação de inibidores selectivos da COX-2

Fármaco	Método de administração	Dosagem única (mg)	Dosagem máxima (mg/24 h)
Celecoxib	Via oral	100-200	400

O texto deste folheto é baseado nas orientações da EAU orientações (ISBN 978-90-79754-09-0), disponíveis para todos os membros da Associação Europeia de Urologia no sítio - <http://www.uroweb.org>