

Controle da DOR em cenário de escassez

Cenário 1: Pacientes fora da VM ou em VM, mas capazes de se comunicar E sem droga vasopressora e/ou hipotensão arterial – Escala NRS de 2/2 ou 4/4h

Cenário 2: Pacientes em VM, incapazes de se comunicar, em que se pode avaliar comportamento (sem BNM ou sedação profunda) E sem droga vasopressora e/ou hipotensão arterial – Escalas BPS ou CPOT

Cenário 3: Pacientes em VM, incapazes de se comunicar, em que se pode avaliar comportamento (sem BNM ou sedação profunda) E com droga vasopressora e/ou hipotensão arterial – Escalas BPS ou CPOT

Cenário 4: pacientes sob VM e sedação profunda (particularmente em uso de BNM) – BIS se disponível

CENÁRIO 1:

- Dor leve (NRS < 4): dipirona e/ou Paracetamol.
- Dor moderada (NRS > ou igual a 4 e < 7): codeína ou tramadol VO ou EV intermitentes.
- Dor forte (NRS ≥ 7): morfina EV intermitente ou, se uso frequente, em infusão contínua.

CENÁRIO 2:

- Dor moderada (BPS ≥3 ou CPOT > 3): codeína ou tramadol EV intermitentes.
- Dor forte (BPS ≥ 5 ou persistência da dor na avaliação CPOT): morfina EV intermitente ou contínua.

CENÁRIO 3:

- Dor moderada (BPS ≥3 ou CPOT >3): codeína ou tramadol EV intermitentes.
- Dor forte (BPS ≥ 5 ou persistência da dor na avaliação CPOT): fentanil EV ou análogos em infusão contínua.

CENÁRIO 4:

- Utilizar a menor dose efetiva administrada anteriormente, quando a quantificação da dor era possível ou
- Utilizar doses baixas a moderadas de opióceos EV contínuos.

DIPIRONA: 1g EV 6/6h. Dose máx: 4g/d.

PARACETAMOL: 1g/dose. Dose máx: 4g/dia.

CODEÍNA: 30 a 60mg de 6/6h. Dose máx: 360 mg/dia.

TRAMADOL: 50 a 100mg de 6/6 a 8/8h. Dose máx: 8mg/kg ou 400mg/d

MORFINA: 0,5 a 1mg/kg de 4/4h. Dose máx: não há.

METADONA: DOR = 2,5 a 10mg 4/4h EV,VO, IM ou SC/ Desmame Opiáceos = 10mg 6/6h avaliar redução progressiva da dose e do intervalo a cada 24-48h. Dose máx: 120mg/dia

FENTANIL: início - 1 a 2mcg/kg.

Manut: 0,7 a 10mcg/kg/h.

REMIFENTANIL: início até 1,5 mcg/kg, 0,5mcg/kg costuma ser suficiente). Manut: 0,5 a 15mcg/kg/h.

ALFENTANIL: início - 5 mg divididos em período de 10 min. Manut: 2mg/h. (~30mcg/kg/hora) Doses de até 0,5 a 10mg/hora foram utilizadas em ensaios clínicos.

SUFENTANIL: início – não há recomendações de doses para pacientes críticos em VM. Manut: Infusão contínua recomendada em cirurgias longas: 0,3 a 0,9mcg/kg/h. (Maior risco de RAM acima de 0,6mcg/Kg/h). Infusão máx: 1mcg/kg/h.

Neurolépticos: controle de agitação e redução de necessidade de sedativos.

- Monitorar diariamente Delirium (CAM-ICU ou ICDSC). Prevenir Delirium com terapias não farmacológicas.
- Atenção a administração EV: arritmia e QT longo.
- Haldol: Ataque: 0,5 – 10mg IM ou EV – repetir até 3 vezes a cada 20 min Manutenção: 2 - 10mg IM ou EV 6/6h. Dose máx: 100 mg.
- Quetiapina: 25 a 200mg de 8/8h. Dose máx: 1200mg/dia.
- Risperidona: 0,5 – 5mg/dia – dose deve ser dividida em 12 em 12 horas. Dose máx: 5mg de 12/12h.

- Prometazina: 25-50mg/d IM. Dose máx: 100mg/d, 1/2 ampola 6/6h IM.
- Levomepromazina: 0,25mg/kg/dia VO - dose deve ser dividida em 12 em 12 horas. Dose Máx: 40 mg/d.
- Clorpromazina: 25 a 100mg VO a cada 6 ou 8 horas ou 25 a 100mg IM repetidas dentro 1 a 4h - até controle dos sintomas. Dose máx: 2g/dia.