



Dor no doente em fim de vida

ABORDAGEM E TRATAMENTO

Editor: *Raul Marques Pereira*

Autores: *Hugo Cordeiro, Tiago Castelar Gonçalves, João Pinto, Inês Dias*

Especialistas em Medicina Geral e Familiar

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A dor relaciona-se frequentemente com diversos fatores, tendo em conta a situação clínica particular de cada doente. Assim, nos doentes em fim de vida, a dor é multifatorial:

- Pode resultar da ação direta da doença subjacente;
- Pode dever-se a efeitos secundários de tratamentos em curso (por exemplo quimioterapia/radioterapia);
- A debilidade física ou psicológica e também outras comorbilidades podem contribuir para a dor em fim de vida.

Epidemiologia

A dor pode estar presente no fim da vida em várias situações, nomeadamente em:

- 55% dos doentes nos últimos 3 meses de vida;
- 90% das situações oncológicas terminais.

Apresentação Clínica



História clínica

(sempre que possível na presença de familiar ou cuidador)

- Priorizar a abordagem dos fatores mais relevantes para o doente;
- Caracterizar os diferentes tipos de dor presentes;
- Avaliar o impacto da dor no bem-estar psicológico, na funcionalidade, no sono e na dinâmica social e familiar;
- Inquirir sobre crenças, desejos e sobre fatores espirituais e psicológicos;
- Incluir os cuidadores ao mesmo tempo que assegura a privacidade, sigilo e autonomia do doente;
- Na impossibilidade de comunicação verbal ter em atenção qualquer forma de expressão do doente (mímica, expressão facial e vocalizações).





Exame físico

- Poderá ser necessária analgesia prévia à manipulação do doente;
- O exame só deve ser iniciado após o controlo de dor intensa e obtenção da autorização do doente, assegurando condições de privacidade e dignidade. Quando possível, dever-se-á perguntar aos doentes quais as suas preferências;
- Evitar gestos que à partida não vão alterar a conduta terapêutica.



Red flags

- Dor irruptiva frequente ou dor intensa *de novo* incontrolável e de etiologia desconhecida;
- Sinais de compressão medular, abdómen agudo ou fratura óssea recente;
- História de etilismo e/ou adição a drogas;
- Más condições socioeconómicas e de habitação.

Tratamento

O tratamento da dor no doente em fim de vida deve:

- Ser simplificado e priorizado de acordo com as queixas mais relevantes para o doente;
- Ser explicado ao doente e familiares, estimulando a decisão partilhada e a adesão terapêutica;
- Evitar inércia terapêutica por sobrevalorização de possíveis efeitos secundários se a eficácia e o alívio forem plausíveis;
- Evitar o prolongamento do sofrimento;
- Promover um ambiente calmo e atender às vontades/crenças do doente, sempre que possível.



a. Dor Visceral

1) Obstipação:

Ampola retal vazia

- Lactulose e/ou derivados do sene/picossulfato;
- Associar medidas retais: supositórios de glicerina ou bisacodilo, enemas/microenemas humidificadores de superfície (parafina líquida retal).

Ampola retal com fezes

- Moles: supositório de bisacodilo ou surfactante com ou sem laxante osmótico concomitante;
- Duras: supositório de glicerina ou clister de azeite + extração manual com ou sem clister de limpeza concomitante.

2) Cólica abdominal

- Infusão endovenosa (EV) ou subcutânea (SC) de 2,5-5 mg de morfina a cada hora (q1h) *pro re nata* (PRN) se o doente for opioide-naïve ou de 1/6 do total diário prescrito se o doente possuir exposição prévia a opioides.
- Em caso de cólica intensa 20 mg de butilescopolamina q2-4h PRN, EV ou SC.

3) Oclusão intestinal

- Abordagem farmacológica (Quadro 1) que visa controlar a dor, as náuseas e os vômitos e diminuir a hipersecreção intestinal. Geralmente requer a combinação de fármacos antiemético, antissecretório e corticoide;
- É fundamental reforçar a hidratação (hidratação dos lábios, lâminas de gelo <5 mm);
- A alimentação deve ser realizada conforme o tipo de oclusão e tolerância e sem restrições se a sonda nasogástrica se encontrar em drenagem;
- A cirurgia deve ser considerada e discutida caso a caso.



Quadro 1. Abordagem farmacológica na oclusão intestinal. Retirado de Barbosa et al, *Manual de Cuidados Paliativos*.

Fármacos	Doses diárias	Comentários
Amidotrizoato	25-50 mL	<ul style="list-style-type: none">• Apenas na oclusão parcial ou funcional.• Preditivo da necessidade de cirurgia.
Butilescopolamina	60-240 mg/dia (EV ou SC, em bólus ou perfusão)	Pode provocar sede, xerostomia e taquicardia.
Clorpromazina	50-100 mg/dia (em bólus ou perfusão EV)	Não administrar SC.
Dexametasona	8-16 mg/dia (EV ou SC)	Durante 5-7 dias, com desmame posterior.
Haloperidol	5-15 mg/dia (EV ou SC, em bólus ou perfusão)	<ul style="list-style-type: none">• Fármaco de escolha.• Efeitos extrapiramidais.• Metabolização CYP 3A4 (interações).
Levomepromazina	25-150 mg/dia (EV ou SC, em bólus ou perfusão)	<ul style="list-style-type: none">• Muito mais potente e sedativa.• Em casos de vômitos refratários.
Metoclopramida	30-240 mg (EV ou SC, em bólus ou perfusão)	<ul style="list-style-type: none">• Risco de efeitos extrapiramidais.• Usar apenas na obstrução parcial ou funcional.• Em caso de dúvida não usar.
Octreótido	0,3-1,2 mg/dia (EV ou SC, em bólus ou perfusão) 8/8 h.	<ul style="list-style-type: none">• Fármaco de eleição.• Utilizar principalmente na presença de vômitos refratários.• Ligeiro ardor no local da administração SC.• Mais eficaz do que a butilescopolamina.• Pode provocar xerostomia, flatulência e hipo/hiperglicemia.

EV: endovenosa; SC: subcutâneo.

4) Distensão de cápsula hepática

- Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou dexametasona: 4 mg de manhã associado a inibidores da bomba de prótons (IBP).

5) Edema de causa tumoral

- Dexametasona: 8-16 mg/dia.

6) Espasmo vesical

- Oxibutinina (Ditropan®) 2,5 a 5 mg por via oral (PO), 3 a 4 vezes/dia;
- Flavoxato (Urispas®) 100 a 200 mg PO, 3 a 4 vezes/dia;
- Butilescopolamina (Buscopan®) 20 mg SC ou EV, 2 a 3 vezes/dia.

7) Tenesmo vesical

- Tratamento de causas reversíveis; bloqueadores alfa (silodulina 4 a 8 mg/dia-Urorec®); algaliação.

b. Dor óssea

- AINEs: 400 mg de ibuprofeno até 3 vezes/dia. Ponderar uso de IBP;
- Corticoides: dexametasona causa menos retenção hídrica e prednisolona menos miopatia;
- Radioterapia e pamidronato EV (90 mg em 500 mL NaCl 0,9% infundido em 90 min) na doença metastática.



c. Dor neuropática

- Amitriptilina: 25 mg PO à noite, titulado a cada 3-5 dias até 150 mg, se tolerado. Sedativo, com efeito por 24 h.
- Gabapentina: 300 mg PO à noite a titular cada 3-7 dias até 3600 mg/dia, com primazia no aumento da dose noturna.
- Lidocaína tópica: Em caso de dor localizada, associada à nevralgia pós-herpética, até 3 emplastos inteiros/dia, durante 12 h.

d. Dor muscular

Tratamento não farmacológico: fisioterapia, relaxamento, repouso, massagem.

Tratamento farmacológico:

- AINEs: como por exemplo 400 mg de ibuprofeno, 3 vezes/dia + IBP;
- Relaxantes musculares:
 - Diazepam 2,5 mg, 2 a 3 vezes/dia;
 - Baclofeno:
 - Dose inicial PO: 5 mg 3 vezes/dia, até 80 mg/dia dividido em 4 tomas;
 - Precaução em casos de insuficiência renal ou hepática;
 - Efeito antineurálgico adicional, aumentar a dose em caso de dor lancinante;
 - Ação analgésica mesmo na ausência de espasmo muscular (útil também na dor neuropática sem resposta a opioides);
 - Aplicações: doenças neurológicas, doença de Parkinson, alguns tipos de cefaleias, nevralgia do trigémio, nevralgia pós-herpética e dor pós-acidente vascular cerebral (AVC).

○ Ciclobenzaprina:

- 5-10 mg, 2-3 vezes/dia, máximo 60 mg/dia;
- Adjuvante do repouso e da fisioterapia;
- Não associar a inibidores da monoamina oxidase (IMAO) nem exceder 2-3 semanas;

○ Tizanidina:

- Iniciar por 2 mg dose única até 2 mg 3 vezes/dia, máx 24 mg/dia em 3 ou 4 tomas diárias;
- Espasticidade associada a rigidez muscular, trauma cranioencefálico e/ou AVC.



e. Ferida e Úlceras

Tratamento não farmacológico:

- Cuidados cutâneos:
 - Higiene com água tépida, agentes de limpeza suaves e secagem cuidada;
 - Uso de produtos barreira ou apósitos;
 - Roupa de cama limpa, sem humidade nem rugas;
 - Massagem em zona sem evidência de lesões.
- Nutrição:
 - Calorias: 30-35 kcal/kg de peso;
 - Proteínas: 1,25-1,5 g/kg;
 - Hidratação: 1 mL de fluidos/kcal/dia;
 - Suplementos alimentares de alto teor proteico no intervalo das refeições principais;
 - Suplementos com vitamina C e zinco na dieta pobre em fruta e vegetais;
 - Mobilização frequente (cada 2 h se exequível).

Tratamento farmacológico:

- Se o objetivo for a cura, deve evitar-se uso de AINEs (atrasam a cicatrização).
- Analgesia prévia à realização de penso:
 - *Vellofent*® (início de ação: 6 min);
 - *Abstral*® sublingual (início de ação: 10 min);
 - *Actiq*® transmucoso (início de ação: 15 min);
 - *Breakyl*® (início de ação 15-30 min);

Nota: usar fentanilo de ação rápida apenas em doentes sob base de opioide diário com dose equipotente a ≥ 60 mg de morfina.

 - *Oramorph*® (4 gotas = 5 mg morfina) (início de ação: 15-30 min, efeito máx 1 h e durante 2-4 h).
- Limpeza com soluto de limpeza morno (na ausência de risco hemorrágico): soro fisiológico a 0,9% ou água com irrigação suave.
- Anestésicos se a ferida for a causa primária da dor (creme de lidocaína ou prilocaína) ou opioides.
- Morfina tópica, a titular (mistura conservável e estável até 28 dias) – pedir manipulado na farmácia:
 - Concentração a 1%: 100 mg de sulfato de morfina em 10 mL de gel (prescrição padrão);
 - Concentração a 0,125%: 10 mg de morfina + 8 g (8 mL de *Intrasite*® gel).



f. Dor na boca

- Beber água ou humedecer a cavidade oral na impossibilidade de deglutição;
- Bochechos com soluções salinas, *sprays* ou nebulizadores;
- Substituto da saliva, *Biotene®* oral, gel de saliva *Orthana®* ou *Glandosane®*;
- Chupar lâminas de gelo;
- Mastigar pedaços de abacaxi fresco na ausência de ulcerações e radioterapia cabeça/pescoço;
- Incentivar o doente a assegurar uma boa hidratação e alimentação adequada e variada.

Para prevenção de mucosite de acordo com o grau de risco percebido devem seguir-se as recomendações apresentadas no Quadro 2.



Quadro 2. Abordagem da mucosite.

Retirado de Barbosa et al, *Manual de Cuidados Intensivos*.

Risco baixo – Grau 1 <ul style="list-style-type: none">• Doentes sem história prévia de mucosite, sob tratamento com risco de mucosite moderada ou grave	<ul style="list-style-type: none">• Higiene oral: escova sensível com pasta fluoretada; alimentação equilibrada.• Bochechos com água salgada ao longo do dia (1 colher de chá de sal para 1 L de água ou solução salina de 0,9%). De seguida enxaguar com água fria ou quente.
Risco médio – Grau 2 <ul style="list-style-type: none">• Doentes com história prévia de mucosite de grau 2• Agentes que predis põem o doente a dor na mucosa oral.• Regimes de quimioterapia ou radioterapia causadores de mucosite• Doentes mais jovens e mais idosos	Intervenções do grupo de baixo risco +: <ul style="list-style-type: none">• Usar solução salina mais frequentemente;• Lâminas de gelo para redução da xerostomia e aumento do conforto;• Em caso de tratamento com fluorouracil<ul style="list-style-type: none">• Caphosol 4-10 vezes/dia a iniciar no 1º dia de quimioterapia e/ou radioterapia cabeça/pescoço;• Outros protetores da mucosa (<i>Episil®</i>, <i>Gelclair®</i>, <i>MuGard®</i>).
Risco elevado – Grau 3 <ul style="list-style-type: none">• Doentes com história de mucosite moderada a grave• Doentes sob altas doses de quimioterapia e radioterapia da cabeça e pescoço• Radioterapia >60 Gy com ou sem quimioterapia associada	Intervenções de grupos 1 e 2 +: <ul style="list-style-type: none">• Intensificar uso de soluções salinas;• Manter lâminas de gelo na mucosa oral durante tratamento (ex. melfalano);• <i>Caphosol®</i>: 4-10 vezes/dia;• Palifermina;• Antifúngicos;• Laser de baixa intensidade e encaminhamento para nutricionista.

g. Dor na agonia

- Utilização de escalas adaptadas a doentes não comunicantes (DOLOPLUS e PAIN-AD);
- Manutenção de tratamento prévio se o controlo da dor é eficaz;
- Entrada em agonia por si só não determina o agravamento do quadro algico;
- Presença de *delirium* não é sinónimo de dor.

h. Sedação paliativa

- Realizada em contexto multidisciplinar, incluindo representantes da psiquiatria, capelania, ética e cuidadores;
- Nas raras situações em que esta estratégia é realmente apropriada e está adequada à situação, esta deverá ser iniciada num período de 6-24 horas, com titulação decrescente, planeada após um intervalo previamente acordado;
- A sedação contínua só deverá ser considerada depois terem sido realizadas repetidas tentativas de pausa na sedação com terapêutica intensiva e intermitente;
- Os fármacos e as respetivas doses de fármacos usados no tratamento da sedação paliativa encontram-se descritos no Quadro 3.

Quadro 3. Fármacos usados na sedação paliativa. Retirado de Barbosa et al, *Manual de Cuidados Paliativos*.

Fármacos	Doses sugeridas
Midazolam	0,5-5 mg bólus EV/SC, depois IEV/ISC a 0,5-1 mg/h; geralmente doses de manutenção 20-120 mg/dia.
Lorazepam	0,5-2 mg PO, SL, ou SC cada 1-2 h ou 1-5 mg bólus EV/SC, depois IEV/ISC a 0,5-1 mg/h; doses manutenção 4-40 mg/dia.
Clorpromazina	10-25 mg PO, EV ou PR cada 2-4 h.
Haloperidol	0,5-5 mg PO ou SC cada 2-4 h ou 1-5 mg bólus EV/SC, depois ISC a 5 mg/dia, doses manutenção 5-15 mg/dia.
Fenobarbital	200 mg EV/SC bólus, depois IEV/ISC a 600 mg/d, doses manutenção 600-1600 mg/dia.
Propofol	10 mg/h em IEV, deve ser titulado em 10 mg/h a cada 15-20 min, bólus de 20-50 mg podem ser usados para uma sedação de emergência.

IEV: infusão endovenosa; ISC: infusão subcutânea; EV: endovenosa; PO: via oral; PR: via rectal; SC: subcutâneo; SL: sublingual;

Bibliografia

1. Griffin JP, Koch KA, Nelson JE, Cooley ME. Palliative care consultation, quality-of-life measurements, and bereavement for end-of-life care in patients with lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest. 2007;132(3 Suppl):404s-22s.
2. Barón MG. Conceptos de medicina paliativa. Tratamiento de soporte en oncología. Papel del médico de familia en la medicina paliativa oncológica. Tratado de Medicina Paliativa. Madrid: Ed Médica Panamericana, S.A. ; 1996. p. 1-12.
3. Regan JM, Peng P. Neurophysiology of Cancer Pain. Cancer Control. 2000;7(2):111-9.
4. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, MacEachern T, Marcelino S, Hanson J, et al. A prospective multicenter assessment of the Edmonton staging system for cancer pain. J Pain Symptom Manage. 1995;10(5):348-55.
5. Barbosa A, Pina P, Tavares F, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos, 3ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.



Esta é uma publicação da APMGF-Grupo de Estudos de Dor com o patrocínio da Grünenthal S.A., sendo que esta última não teve qualquer influência nos conteúdos da mesma.