|  |
| --- |
| **DEFINIÇÕES E EPIDEMIOLOGIA** |
| Dor é definida como sensação desagradável, e sua avaliação é subjetiva. A dor é um evento comum no pós-operatório, portanto é esperado que cerca de 60% das pacientes submetidas à cesariana apresentem queixas de dor, sendo que 10% destas apresentam dor intensa, mais comum cerca de 6 horas após o procedimento. |
| **OBJETIVO DO TRATAMENTO** |
| O manejo inadequado da dor durante o internamento e pós-operatório pode contribuir para a morbidade dos pacientes, resultando em prolongamento da internação e atraso ao retorno das atividades diárias, além de aumentar o risco de dor crônica e síndrome do estresse pós-traumático. |
| **MATERIAIS E INSTRUMENTOS** |
| Escala de avaliação da dor (numérica, descritiva e facial); |
| Formulário para anotação de sinais vitais e alerta precoce (FORM.DT.017 – ALERTA PRECOCE NEONATOLOGIA ou FORM.DT.018 – ALERTA PRECOCE OBSTETRÍCIA). |
| **PROTOCOLO** |
| Médico assistente  | Prescrever corretamente as medicações para dor:* 1. Preferencialmente, quando possível uma **associação** de anti-inflamatório (AINE), associado a analgésicos (dipirona ou paracetamol) para manejo de dor leve a moderada;
	2. Manter um opióide leve, prescrito SE NECESSÁRIO para dor mais intensa não responsiva:
		1. tramadol: PREFERENCIAL;
		2. morfina;
* Atenção ao risco de alergia (conferir pulseiras);
 |
| Não fazer a prescrição de analgesia ACM ou SOS, preferir os termos:“Tramadol 50 mg – dar 1 comprimido VO até de 6/6 horas (dose máxima 200 mg ao dia) conforme protocolo da dor (ou: **se dor intensa**)”; |
| Enfermeira | Acompanhar a evolução da dor por meio do formulário de alerta precoce (FORM.DT.017 – ALERTA PRECOCE NEONATOLOGIA ou FORM.DT.018 – ALERTA PRECOCE OBSTETRÍCIA);* Atenção ao risco de alergia (conferir pulseiras);
 |
| Garantir a monitorização do paciente, em caso de uso de opióides fortes; |
| Solicitar avaliação do plantonista em caso de dor intensa não responsiva a opióides fracos; |
| Técnico de Enfermagem | Aferir sinais vitais conforme prescrição médica (mínimo de 6/6 horas), incluindo a escala de avaliação da dor (numérica, descritiva e facial): vide modelo a seguir; |
| Classificar a dor como leve (0-3), moderada (4-7) ou intensa (8-10); |
| Administrar as medicações indicadas conforme prescrição médica; |
| Reavaliar a dor após administração da medicação, conforme protocolo; |
| **ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR (NUMÉRICA, FACIAL E DESCRITIVA)**  |
|  |
| **MANEJO DA DOR LEVE** **(pontuação de 1 a 3)** |
| **PRINCIPAIS MEDICAÇÕES****RECOMENDADAS** | 1. **Dipirona** (NovalginaR comp 500 mg, gotas onde 20 gotas = 500 mg ou ampola 1000 mg/2 Ml ) – dose: 500 mg a 1.000 mg até de 6/6 horas (dose máxima diária 4 gramas), VO, IM ou EV;
 |
| 1. **Paracetamol**:
	1. TylenolR cp 500 mg, ou 750 mg, ou gotas, onde 38 gotas = 500 mg): 750 - 1000 mg via oral até 6/6 horas (dose máxima diária 4 gramas);
	2. HalexminophenR 10 mg/ml (frasco com 50 ml = 500 mg ou 100 ml = 1.000 mg): 500 – 1000 mg EV até de 6/6 horas (máx 4 g);
 |
| 1. **Anti-inflamatórios** (AINES):*considerar risco de sangramento do trato gastrointestinal (TGI), disfunção renal e risco cardiovascular;*

PADRONIZADOS NA CSH:* 1. **Cetoprofeno** (ProfenidR cp 100 mg ou ampola 100 mg/2Ml para uso IM ou frasco 100 mg para diluir e usar EV): 100 mg de 12/12 hs (via oral, IM ou IV);
	2. **Celecoxib** (CelebraR comp 200 mg): 1 cp VO de 12/12 horas;
	3. **Diclofenaco** **sódico** (VoltarenR comp 50 mg e amp 75 mg/3 ml): usar 50 a 100 mg VO ou IM de 12/12 h;
	4. **Parecoxib** (BextraR frasco ampola 40 mg): 1 frasco EV de 24/24 hs ou 12/12 hs;

NÃO PADRONIZADOS NA CSH:* 1. **Tenoxicam** (TeflanR cp 20 mg): 1 cp VO de 12/12 hs;
 |
| **REAVALIAR APÓS 1 HORA** | Se melhorou, manter a rotina (considerar melhora a paciente que relata alívio, consegue realizar higiene pessoal e abaixa o escore na escala); |
| Se não melhorou, considerar manejo como DOR MODERADA, com uso de adjuvantes ou opióides leves; |
| **MANEJO DA DOR MODERADA****(pontuação de 4 a 7)** |
| **PRINCIPAIS MEDICAÇÕES****RECOMENDADAS** | 1. **Anti-inflamatórios** (AINES):*PREFERENCIAL*

PADRONIZADOS:* 1. **Cetoprofeno** (ProfenidR cp 100 mg ou ampola 100 mg/2Ml para uso IM ou frasco 100 mg para diluir e usar EV): 100 mg de 12/12 h (via oral, IM ou IV);
	2. **Celecoxib** (CelebraR comp 200 mg): 1 cp VO de 12/12 horas;
	3. **Diclofenaco sódico** (VoltarenR comp 50 mg e amp 75 mg/3 ml): usar 50 a 100 mg VO ou IM de 12/12 h;
	4. **Parecoxib** (BextraR frasco ampola 40 mg): 1 frasco EV de 24/24 h ou 12/12 h;

NÃO PADRONIZADOS:* 1. **Tenoxicam** (TeflanR cp 20 mg): 1 cp VO de 12/12 hs;
 |
| 1. Associar se necessário - **Dipirona**: 500 mg a 1 grama (preferencialmente EV) até de 6/6 h (dose máxima diária 4 gramas);
 |
| **REAVALIAR APÓS 30 MINUTOS** | Se melhorou, manter a rotina (considerar melhora a paciente que relata alívio, consegue realizar higiene pessoal e abaixa o escore na escala); |
| Se não melhorou, considerar manejo como DOR INTENSA, iniciando com opióides fracos e considerar os adjuvantes:* 1. **Tramadol** (TramalR ampolas de 1 ou 2 ml na concentração de 50 mg/ml ou comp 50 mg): 50 a 100 mg venoso ou oral até de 6/6 horas;
	2. **Tramadol + Paracetamol** (UltracetR 37,5 + 325 mg): 1 a 2 cp até de 6/6 horas;
	3. **Codeína + Paracetamol** (TylexR 30 mg + 500 mg): 1 a 2 comp. oral até de 6/6 horas;
	4. **Metadona**
		1. MytedonR cp 5 mg: 1 cp VO até de 6/6 horas;
		2. MytedonR amp 10 mg/ml: 0,5 a 1 ampola SC, IM ou EV lento;
 |
| **CONSIDERAR ADJUVANTES** | 1. **Dexametasona** (DecadronR ampola 10 mg/2,5 ml): 2 ml (8 mg) para uso EV;
2. **Anticonvulsivantes** (NÃO PADRONIZADOS):
	1. **Pregabalina** (cp 150 mg): 1 a 2 cp VO até de 12/12 horas;
	2. **Gabapentina** (cp 300 mg) : 2 cp VO até de 12/12 horas;
	3. **Carbamazepina** (cp 200 mg): 2 a 3 cp VO até de 8/8 horas;
	4. **Anestésicos locais:** ótima opção e para ser feito, contatar **EQUIPE DA DOR** (contatos ao final do protocolo);
 |
| **MANEJO DA DOR INTENSA****(pontuação de 8 a 10)** |
| **PRINCIPAIS MEDICAÇÕES****RECOMENDADAS** | 1. **Opióides potentes** (FORTES): PRIMEIRA ESCOLHA

“USO COM CAUTELA, DUPLA CHECAGEM E MONITORIZAÇÃO DA PACIENTE (oxímetro de pulso) POR NO MÍNIMO 1 HORA”* 1. **Morfina** (DimorfR ampolas com 0,2 mg/ml ou ampola 2 mg/2 ml): dose 0,05 a 0,1 mg/Kg IM ou EV;
	2. **Petidina** (DolosalR amp 100 mg/2 ml): 50 a 100 mg EV ou IM;
 |
| 2. **Opióides fracos**: Podem até ser tentados, se ainda não recebeu nenhum, mas preferir opióides fortes:* 1. **Tramadol** (TramalR ampolas de 1 ou 2 ml na concentração de 50 mg/ml ou comp 50 mg): 50 a 100 mg venoso ou oral até de 6/6 horas;
	2. **Tramadol + Paracetamol** (UltracetR 37,5 + 325 mg): 1 a 2 cp até de 6/6 horas;
	3. **Codeína + Paracetamol** (TylexR 30 mg + 500 mg): 1 a 2 comp. oral até de 6/6 horas;
	4. **Metadona**
		1. MytedonR cp 5 mg: 1 cp VO até de 6/6 horas;
		2. MytedonR amp 10 mg/ml: 0,5 a 1 ampola SC, IM ou EV lento;
 |
| 1. **Anti-inflamatórios** (AINES):*manter sempre em uso contínuo nestes casos*

PADRONIZADOS:* 1. **Cetoprofeno** (ProfenidR cp 100 mg ou ampola 100 mg/2Ml para uso IM ou frasco 100 mg para diluir e usar EV): 100 mg de 12/12 h (via oral, IM ou IV);
	2. **Celecoxib** (CelebraR comp 200 mg): 1 cp VO de 12/12 horas;
	3. **Diclofenaco** **sódico** (VoltarenR comp 50 mg e amp 75 mg/3 ml): usar 50 a 100 mg VO ou IM de 12/12h;
	4. **Parecoxib** (BextraR frasco ampola 40 mg): 1 frasco EV de 24/24 hs ou 12/12 h;

NÃO PADRONIZADOS:* 1. **Tenoxicam** (TeflanR cp 20 mg): 1 cp VO de 12/12 h;
 |
| **CONSIDERAR** **SEMPRE****USO ASSOCIADO DE****ADJUVANTES** | 1. **Dexametasona** (DecadronR ampola 10 mg/2,5 ml): 2 ml (8 mg) para uso EV;
2. **Anticonvulsivantes** (NÃO PADRONIZADOS):
	1. **Pregabalina** (cp 150 mg): 1 a 2 cp VO até de 12/12 horas;
	2. **Gabapentina** (cp 300 mg) : 2 cp VO até de 12/12 horas;
	3. **Carbamazepina** (cp 200 mg): 2 a 3 cp VO até de 8/8 horas;
3. **Anestésicos locais:** ótima opção e para ser feito. Contatar **EQUIPE DA DOR** (contatos ao final do protocolo);
 |
| **EM CASO DE MÁ REPOSTA, DEVE-SE CONSIDERAR OS OPIÓIDES MUITO POTENTES** | Opióides muito potentes com risco de depressão respiratória: PRESCRIÇÃO RESTRITA APÓS AVALIAÇÃO DA **EQUIPE DA DOR:**“USO RESTRITO APÓS AVALIAÇÃO DA EQUIPE DA DOR, DUPLA CHECAGEM E MONITORIZAÇÃO DA PACIENTE (oxímetro de pulso) POR NO MÍNIMO 1 HORA, COM GARANTIA DE VIA AÉREA”* OPIOIDES FORTES: fentanil (FentanestR): 1 a 2 mcg/Kg/dose EV;
 |
| **REAVALIAR APÓS 15 MINUTOS** | Se melhorou, reavaliar em 1 hora (considerar melhora a paciente que reduz a intensidade da dor para pelo menos moderada, consegue realizar higiene pessoal); |
| Se não melhorou, comunicar ao plantonista para avaliação e acionamento da **EQUIPE DA DOR** (contatos ao final do protocolo). |
| **QUANDO ACIONAR EQUIPE DA DOR**  |
| Médico | Quando identificar pacientes com dor de difícil controle:* 1. Pacientes sem melhora após 30 minutos do uso da morfina;
	2. Necessidade de uso de tramadol mais de três vezes ao dia;
	3. Necessidade de uso de fentanil;
	4. Necessidade de infiltração local para alívio da dor;
	5. Dúvidas quanto a uso de adjuvantes do tipo anticonvulsivantes;
* ATENÇÃO: Neste caso, sempre preencher a solicitação de avaliação de especialista (FORM.DT.003 - AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA);
 |
| Enfermeira | Acionar equipe da dor conforme POP de chamado de especialistas (POP.DIR.001 - PAGAMENTO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA);1. **TELEFONES DE CONTATO DA EQUIPE DA DOR:**
	1. Dr. Eduardo Barbosa (Tel: (79) 9.9152-6672);
	2. Dr. Fabrício Dias Antunes (Tel: (79) 9.9124-6830).
 |

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Kintu A. et al. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. BMC Health Services Research 2019 (19):68
2. Chou R. et al. Guidelines on the management of postoperative pain. American Pain Society. The Journal of Pain, 17(2), 2016:131-157

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaborado por:** | **Revisado por:**  | **Aprovado por:** | **Validado por:** |
| FABRÍCIO ANTUNESDiretor Técnico | MARCOS PAVIONEDiretor Técnico | MARCOS PAVIONEDiretor Técnico | VIVIANE O. DE SOUSA CORREIAEnfermeira da Qualidade e CCIH |
| **Data: 08/09/2020** | **Data: 22/11/2023** | **Data: 28/11/2023** | **Data: 30/11/2023** |
| **Assinaturas e carimbo:**  |

**Histórico das últimas duas revisões**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Descrição das alterações:** | **Data:** |
| 1. | Atualização do layout | 22/11/2023 |
| 2. |  |  |