

Protocolo de atendimento de dor pelo plantonista noturno

INTERCONSULTA

Todas as interconsultas são avaliadas em até **24h**

Podemos tentar atender casos de **urgência** e discutir com o médico de dor durante horário comercial ou com o chefe de plantão à noite, mas nem sempre conseguiremos

PACIENTE COM DOR INTENSA

1. É acompanhado pelo nosso grupo de dor?

Sim – Passo 2

Não – Solicitar chamar hospitalista

2. Já tem resgate com opioide na prescrição?

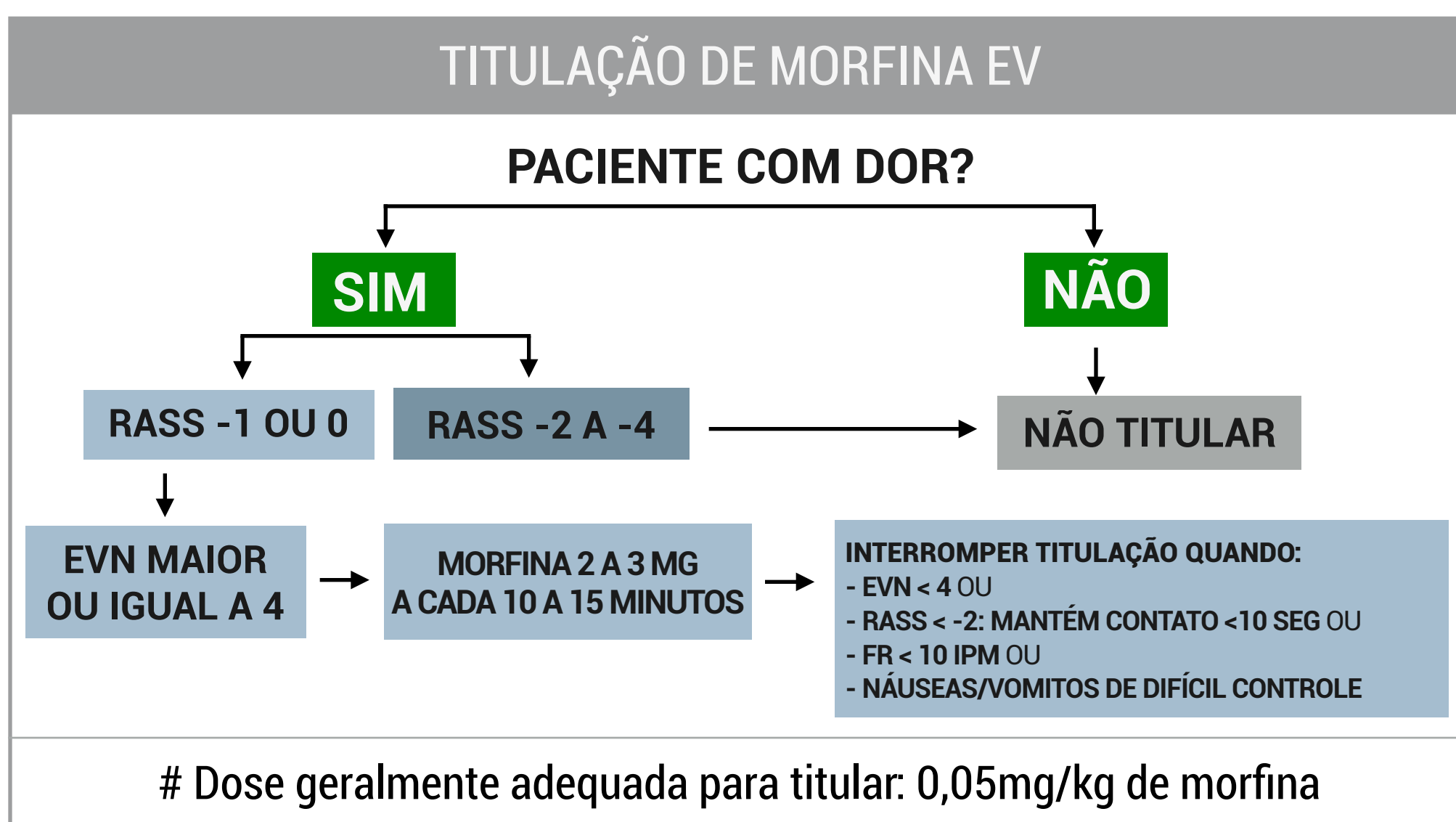
Sim e foi feito – Adiantar próxima dose do resgate se sem sinais de intoxicação

Sim e não foi feito – Fazer resgate

Não – Prescrever resgate

3. Resgate de opioide

3.A Paciente não usuário de opioide ou apenas em uso de opioide fraco



3.B Paciente usuário de opioide forte:

Aumento de até 50% da dose de titulação de morfina: 0,1mg/kg

4. Refratário a titulação ou titulação não é possível

Instalar PCA conforme protocolo

PACIENTE COM DOR INTENSA EM USO DE PCA

1. Orientar o uso da PCA a cada 5-10min (EV) ou a cada 15min (epidural)

- Bomba apitando: responsabilidade de programação e manutenção do funcionamento da PCA é da enfermagem conforme protocolo de dor institucional

- Se a enfermeiro(a) não teve treinamento para o uso da PCA pegar nome e COREN para que reportemos à sua chefia e o colaborador seja treinado: orientar que procure uma colega que saiba programar a PCA.

- Se não houver ninguém que saiba programar a PCA ou se não houve sucesso da enfermagem na programação, enviar colega para ajudar a enfermagem

2. Se paciente com dor apesar do uso da PCA ou o uso não é possível (p.ex. perda de cateter)

- Titulação de morfina conforme protocolo acima

Protocolo de atendimento de dor pelo plantonista noturno

PACIENTE COM DOR INTENSA E COMORBIDADES QUE ALTERAM O USO DE OPIOIDE

1. Insuficiência renal

Opioides seguros: apenas metadona e fentanil

1.A Se dor intensa, titular metadona com mesma dose da titulação de morfina

1.B Se refratário, instalar PCA de fentanil conforme protocolo

2. Insuficiência hepática

Opioides seguros: apenas morfina e fentanil

2.A Titulação de morfina conforme protocolo acima

2.B Se refratário, instalar PCA de fentanil conforme protocolo

3. Insuficiência renal e hepática

3.A Instalar PCA de fentanil conforme protocolo

PEDIDO DO CIRURGIÃO PARA SACAR O CATETER DE PERIDURAL

Por que o cateter não foi retirado?

1. O paciente está sem dor às custas do uso do cateter

2. O paciente está com exames de coagulação alterado ou usando anticoagulantes

O paciente PODE ir para a enfermaria com o cateter, inclusive com a PCA ligada, conforme protocolo institucional

Se houver insistência, é seguro sacar cateter se:

1. INR < 1,5 | R < 1,5 | plaquetas > 100 mil (exames pré-operatórios válidos apenas em cirurgias até médio porte e sem uso de hemoderivados)

2. Não usa clexane há 12h (dose profilática) ou 24h (dose terapêutica)

3. Não está em uso de clopidogrel ou outros anticoagulantes orais

4. Pode estar em uso de AAS se profilaxia secundária

PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM MAU USO DE OPIOIDE

Os pacientes com mau uso de opioide ou vício ficam sem morfina EV de resgate propositalmente. Nesses casos toda a enfermagem é avisada do porque e sempre há um resgate com outra via ou posologia.

1. Se o paciente está sem resgate EV, pode se tratar de suspeita de mau uso:

- Perguntar à enfermagem
- Observar a evolução diária da dor

Se não houver sinais de mau uso, titular morfina EV conforme protocolo acima

Se houver sinais de mau uso, orientar fazer o resgate prescrito ou adiantar próxima dose de resgate

- Problemas na prescrição do resgate: prescrever resgate SC
Morfina ou metadona (para insuficiência renal) 5mg SC até 6/6h