

BMJ Best Practice

Síndromes de dor crônica

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

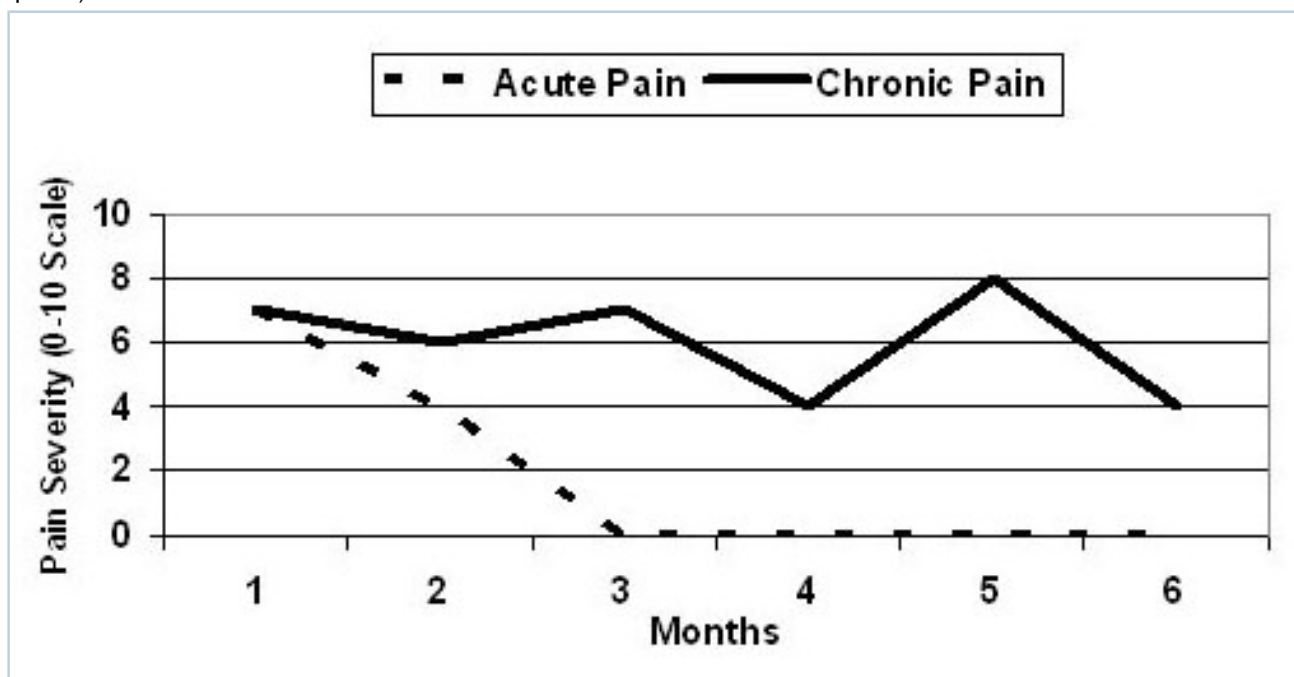
Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	7
Classificação	7
Prevenção	9
Prevenção primária	9
Prevenção secundária	9
Diagnóstico	10
Caso clínico	10
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Fatores de risco	16
Anamnese e exame físico	17
Exames diagnóstico	21
Diagnóstico diferencial	22
Critérios de diagnóstico	26
Tratamento	27
Abordagem passo a passo do tratamento	27
Visão geral do tratamento	32
Opções de tratamento	35
Novidades	51
Acompanhamento	52
Recomendações	52
Complicações	52
Prognóstico	53
Diretrizes	54
Diretrizes de diagnóstico	54
Diretrizes de tratamento	54
Nível de evidência	57
Referências	58
Imagens	65
Aviso legal	68

Resumo

- ◇ A dor crônica é uma das razões mais comuns para a busca de atenção primária.
- ◇ A classificação da dor crônica pode ser baseada nas principais características da dor ou por região do corpo: miofascial, musculoesquelética (mecânica), neuropática, fibromialgia e síndromes de cefaleia crônica.
- ◇ Um em cada 3 pacientes acima de 65 anos de idade é afetado por dor crônica, geralmente em decorrência de artrite, osteoporose com fraturas e/ou estenose da coluna lombar. Essas afecções são tratáveis e não devem ser consideradas parte do processo normal de envelhecimento. A dor crônica não tratada em pacientes geriátricos pode resultar em depressão, baixa qualidade de vida e perda da independência.
- ◇ Alguns tratamentos, como exercícios de alongamento, técnicas de relaxamento, antidepressivos e medicamentos antiepilépticos, são benéficos para uma ampla variedade de condições cronicamente dolorosas.
- ◇ Em torno de 25% a 30% dos pacientes com dor crônica tratados com opioides demonstrarão um comportamento de abuso de medicamentos.

Definição

A dor aguda é uma sequência comum de lesões ou doenças, geralmente diminuindo pouco tempo depois do início e remitindo assim que a cura estiver completa. Como a cura ocorre no máximo em 3 meses, a dor persistindo por mais de 3 meses é considerada dor crônica ou dor persistente. A dor crônica também pode ocorrer em pacientes com doenças degenerativas contínuas, como artrite reumatoide, ou outras condições crônicas, como enxaqueca ou dor neuropática. A dor neuropática é caracterizada por alodinia e hiperalgesia. A alodinia é a percepção de um estímulo não nocivo como doloroso. Na hiperalgesia, o estímulo nocivo produz dor exagerada ou prolongada. A intensidade da dor pode oscilar em pacientes com dor crônica, com momentos de intensificação da dor ou de exacerbações da dor, ocorrendo de acordo com o aumento das atividades ou do estresse, ou de modo insidioso. A dor crônica ocorre devido à ativação persistente das vias neurais da dor e dos espasmos musculares. A dor crônica é discutida aqui como uma síndrome e inclui condições não nocivas sem causas localizadas ou regionais (como dor abdominal ou na pelve).



A dor aguda ocorre com trauma ou doença, diminuindo durante a cura e remitindo em 3 meses. A dor crônica persiste depois que a cura estiver completa por causa da ativação contínua das vias neurais da dor e dos espasmos musculares

De Marcus DA. Headache and chronic pain syndromes. The case-based guide to targeted assessment and treatment. Totowa, NJ: Humana Press; 2007

Epidemiologia

Os dados da Organização Mundial da Saúde identificaram a prevalência mundial de dor persistente e significativa em cerca de 23%.^[2] A prevalência da dor crônica aumenta com a idade, afetando cerca de 30% dos idosos.^[3] As síndromes das dores crônicas geriátricas comuns se devem a causas musculoesqueléticas, incluindo artrite.

Os 3 locais de dor mais comuns são as dorsalgias (53%), a cefaleia (48%) e as dores articulares (46%). Ao serem reavaliadas após 12 meses, as queixas de dor persistiram em 49% dos pacientes com dor inicial, em âmbito mundial.

- A dor miofascial ocorre em cerca de 30% dos pacientes na clínica geral e é geralmente o diagnóstico mais comum em consultórios especializados em dor.[4]
- A artrite (osteoartrite e artrite reumatoide) é um dos distúrbios de dor crônica mais comum, diagnosticado em 8% a 16% da população da Europa e dos EUA.[5]
- A dor neuropática é a 14ª queixa de dor mais comum na clínica geral.[6]
- A fibromialgia afeta cerca de 2% dos adultos, sobretudo as mulheres. Usando dados dos registros nacionais, uma estimativa de 5 milhões de adultos nos EUA sofrem de fibromialgia.[7] Embora seja geralmente interpretada como uma doença de mulheres jovens, a fibromialgia geralmente afeta adultos entre 35 e 60 anos de idade.
- A cefaleia está entre os 10 principais motivos para as mulheres marcarem uma consulta em uma unidade básica de saúde, de acordo com pesquisas nos EUA.[8] Mesmo que a cefaleia do tipo tensional seja a cefaleia crônica mais comum identificada nos estudos na comunidade, a enxaqueca é relatada com mais frequência entre os pacientes que procuram tratamento para a cefaleia.[9] [10]

Etiologia

A dor crônica pode ocorrer após algumas lesões agudas, como parte de doenças degenerativas ou como condição primária (por exemplo, enxaqueca e fibromialgia). As causas da dor crônica são variadas, e pode-se considerar que se devam a causas musculoesqueléticas (mecânicas), causas neurológicas, causas da cefaleia, causas psicológicas ou doenças localizadas, ou como parte de um processo geral de doença.

Causas musculoesqueléticas (mecânicas):

- Osteoartrite
- Artrite reumatoide
- Osteomielite
- Osteoporose
- Espondilite anquilosante
- Doenças miofasciais
- Polimialgia reumática
- Polimiosite
- Fraturas
- Uso excessivo crônico ou repetitivo
- Distensões musculares
- Postura incorreta
- Lombalgia mecânica

Causas neurológicas:

- Polineuropatia diabética sensório-motora (até 25% das pessoas com diabetes)
- Estenose da coluna vertebral
- Lesão por tração do plexo braquial
- Síndrome do desfiladeiro torácico
- Neuralgia do trigêmeo
- Alcoolismo
- Doença tireoidiana
- Anemia perniciosa
- Infecções (por exemplo, vírus da imunodeficiência humana [HIV])

- Polineuropatias
- Polirradiculopatias
- Neuralgia pós-herpética: a dor persiste por mais de 1 mês após o início da herpes-zóster (ocorre em cerca de 30% dos pacientes após zoster aguda e dura 1 ano em cerca de 10%).^[11]
- Síndrome da dor regional complexa: desenvolve-se após uma lesão identificada ou um período de imobilização de membro (por exemplo, engessamento) e pode ser dividida em tipo I (ocorre na ausência de lesão do nervo; antes chamada de distrofia simpático-reflexa) e tipo II (ocorre após lesão de um nervo grosso específico; antes chamada de causalgia).

Causas da cefaleia:

- Enxaqueca
- Neuralgia do trigêmeo
- Arterite (temporal) de células gigantes
- Glaucoma
- Tabagismo
- Bebidas alcoólicas
- Disfunção da articulação temporomandibular
- Uso excessivo de medicamentos.

Causas psicológicas:

- Depression
- Ansiedade
- Transtornos de personalidade
- Perturbações do sono.

Dor localizada ou regional pode envolver locais ou regiões específicos:

- Abdominal (úlceras pépticas, síndrome do intestino irritável, pancreatite, hérnias, doença diverticular, etc.)
- Sistema reprodutor feminino (gestação, endometriose, salpingite crônica, etc.)
- Sistema reprodutor masculino (prostatite, torção testicular, etc.)
- Urológico (urolitíase, cistite intersticial, etc.)
- Cardiovascular (angina, doença vascular periférica, etc.)

Pode ocorrer dor generalizada em conjunção com uma ampla variedade de doenças sistêmicas:

- Condições reumatológicas:
 - Espondilite anquilosante
 - Fibromialgia
 - Osteoartrite
 - Osteomalácia
 - Polimialgia reumática
 - Artrite reumatoide
 - Síndrome de Sjögren
 - Lúpus eritematoso sistêmico (LES).
- Condições endocrinológicas:

- Diabetes
- Hiperparatireoidismo
- Hipotireoidismo.
- Doenças infecciosas:
 - Hepatite C crônica
 - Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)
 - Doença de Lyme.
- Câncer:
 - Câncer metastático
 - Mieloma múltiplo
 - Síndrome paraneoplásica
 - Efeitos da radiação, da quimioterapia ou de tratamento cirúrgico para câncer.

Fisiopatologia

Dois tipos de fibras periféricas da dor se transmitem para a medula espinhal (fibras A-delta e fibras C). Duas vias se transmitem da medula espinhal para as áreas supraespinhais: a via sensorial da lâmina V no corno dorsal da medula espinhal ao hipotálamo e ao córtex somatossensitivo, e a via afetiva da lâmina I no corno dorsal da medula espinhal ao hipotálamo, à amígdala e à área cingulada. A dor pode ser modulada no nível da periferia ou da medula espinhal, ou de áreas supraespinhais mais elevadas. Em geral, acredita-se que a dor crônica ocorre em resposta a alterações na sensibilização das vias periféricas e centrais de dor, junto com alterações em uma variedade de neurotransmissores importantes, incluindo a serotonina, a noradrenalina e a dopamina.^[12]

Classificação

Categorização de prática clínica das síndromes de dor crônica, com base nas principais características da dor

A dor crônica pode ser localizada (regional) ou generalizada e geralmente se divide em 5 categorias possíveis, com base nos sintomas e na etiologia presumida:

- Dor miofascial (músculos esqueléticos e fáscia/tecido conjuntivo que envolve o músculo):
 - Epicondilite lateral (cotovelo de tenista)
 - Síndrome do quadrado lombar (uma causa comum de lombalgia não radicular)
 - A síndrome do piriforme (uma causa comum de dor nas nádegas e no quadril).
- Dor musculoesquelética (mecânica):
 - Osteoartrite
 - Artrite reumatoide
 - Dorsalgia.
- Dor neuropática:

- Neuropatia periférica
- Neuralgia pós-herpética (herpes-zóster)
- Síndrome da dor regional complexa (antigamente chamada de causalgia, distrofia simpático-reflexa ou dor simpaticamente mantida)
- Dor central – dor pós-acidente vascular cerebral (AVC) e dor da esclerose múltipla.
- Fibromialgia:
 - Crônica, dor generalizada com vários pontos-gatilho.
- Cefaleia crônica:
 - Tipo em salvas (idiopática, intermitente, monocular, com duração de menos de 2 horas, ocorrendo mais de 3 dias por semana)
 - Uso excessivo de analgésicos (bilateral, constante, com duração de 8 a 24 horas)
 - Tipo tensional (cefaleia primária, bilateral, constante, com duração de 8 a 24 horas, de 7 a 9 dias por mês)
 - Pós-traumática (bilateral, constante, com duração de 8 a 24 horas, de 7 a 9 dias por mês)
 - Enxaqueca crônica (cefaleia primária, bilateral, com duração de 1 a 4 horas).

Prevenção primária

Pacientes com risco de desenvolver dor crônica, como profissionais de alto risco, podem se beneficiar do seguinte:

- Indicação para fisioterapia e terapia ocupacional para desenvolver um programa de condicionamento geral
- Ergonomia
- Mecânica corporal adequada (por exemplo, técnicas para carregar, empurrar e levantar)
- Criação de ritmo para reduzir o risco de desenvolver dor crônica.

A analgesia preemptiva e o controle efetivo da dor pós-operatória também podem atenuar o desenvolvimento da dor crônica após o procedimento.

Recomenda-se vacinação para idosos acima de 60 anos de idade para prevenir o herpes-zóster e sua consequente neuralgia pós-herpética, a menos que seja contraindicado.[\[22\]](#) [\[23\]](#) [\[24\]](#)

Prevenção secundária

Os pacientes devem incorporar um ritmo de atividades diárias adequado, assim como a incorporação da mecânica corporal (por exemplo, técnicas adequadas de elevação e de puxar-empurrar), a fim de evitar o desenvolvimento de exacerbações da dor.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um zelador de escola de 46 anos de idade apresenta dorsalgia incapacitante. Ao levantar um balde pesado no trabalho, ele desenvolveu uma dorsalgia excruciante, que se irradiou para a perna. Na manhã seguinte, ele sentiu dormência no artelho do pé e não conseguiu sair da cama. Ele foi diagnosticado com uma radiculopatia aguda L5 e foi submetido a uma cirurgia simples. O exame físico feito um mês após a operação demonstrou boa força, reflexos e sensação boas do membro inferior. A flexão das costas para frente diminuiu moderadamente, os músculos próximos à espinha aumentaram em volume e se apresentaram sensíveis à palpação leve. A repetição dos exames de ressonância nuclear magnética (RNM) e de eletromiografia (EMG) não apresentou nada digno de nota. O paciente foi liberado para voltar ao trabalho. Três meses após a operação, o paciente consultou o médico da família devido a uma dor persistente e à impossibilidade de voltar ao trabalho. O médico prescreveu exercícios e pediu que ele voltasse a trabalhar meio período. Seis meses após a operação, o paciente ficou nervoso e deprimido, e não voltou ao trabalho.

Outras apresentações

Dores persistentes podem ocorrer após uma lesão ou doença, em conjunção com doenças degenerativas (por exemplo, artrite) ou espontaneamente (por exemplo, enxaqueca e fibromialgia).

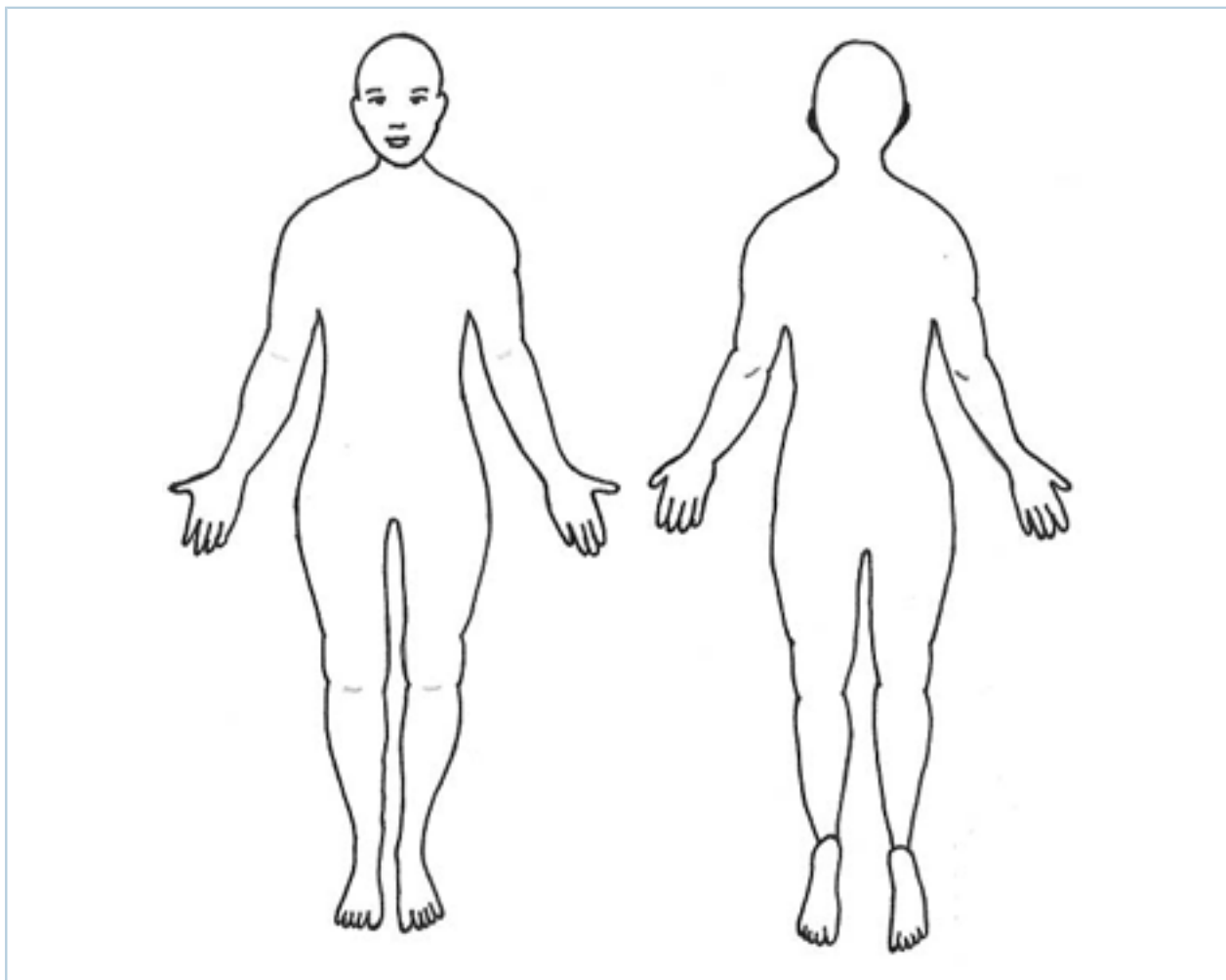
A gestação está associada a um aumento do risco para diversas queixas de dores musculoesqueléticas e neuropáticas. A dor mais comum relacionada à gestação é a lombalgia. As neuropatias compressivas também ocorrem mais comumente durante a gestação, incluindo a síndrome do túnel do carpo e a meralgia parestésica. A cefaleia crônica melhora em mais de 50% das mulheres após o primeiro trimestre.^[1]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

História

A avaliação concentra-se nas informações históricas sobre a localização da dor (localizada ou disseminada), desencadeadores, fatores modificadores e afecções clínicas comórbidas.

A localização da dor é mais bem identificada usando-se um diagrama de dor preenchido pelo paciente.



*O paciente deve preencher um desenho da localização da dor para determinar se ela é localizada ou generalizada, sombreando todas as áreas doloridas, usando a seguinte legenda: ///// = dor; ::::: = dormência; *** = queimação ou hipersensibilidade ao toque*

De Marcus DA. Chronic pain. A primary care guide to practical management. Totowa, NJ: Humana Press; 2005

Recursos da história de dor aguda que podem predispor ao desenvolvimento da dor crônica:

- Dorsalgia com flexão lombar limitada
- Exames neurológicos anormais
- Dor não localizada
- Início insidioso
- Dorsalgia irradiando para os membros inferiores.

Diversos fatores predis põem ao desenvolvimento de dor crônica, e eles devem ser procurados na história do paciente:[25]

- Sexo feminino
- História pessoal de trauma ou de dor crônica; história familiar de dor crônica
- Transtorno de humor comórbido ou sofrimento psíquico
- Falta de apoio social
- Insatisfação no trabalho
- Uso de nicotina

- Fatores genéticos aumentam a predisposição ao desenvolvimento de enxaqueca e fibromialgia
- As profissões de alto risco incluem algumas áreas de assistência médica (por exemplo, agente de saúde, enfermeiras, dentistas e quiropráticos), profissionais com atividade manual pesada, mecânicos de automóveis, trabalhadores domésticos/cuidadores e cabeleireiros
- Foi demonstrado que a dor crônica é prevalente em soldados[16]
- Desemprego ou mudança do emprego anterior por causa da dor também são fatores de risco para a cronicidade da dor.

A partir da história inicial, pode-se determinar se o paciente apresenta dor miofascial, musculoesquelética ou neuropática; fibromialgia; síndrome de cefaleia crônica, e depois obter uma história mais detalhada relativa a isso.

Dor miofascial:

- História de sensibilidade ou dor muscular relacionada à atividade física, aos espasmos musculares e a limitação da amplitude de movimento (ADM) é importante. Distúrbios do sono e do humor são comuns.

Dor musculoesquelética:

- Mulheres idosas com história de dor nas articulações e nos ossos podem apresentar fraturas associadas à osteoporose. A dorsalgia crônica é comum, e pode estar associada a sintomas sensoriais e motores, uma história de lesão ou episódio prévio de dorsalgia aguda. Dores durante caminhadas prolongadas, aliviadas ao parar ou ao se sentar, podem indicar estenose da coluna lombar decorrente de hérnia de disco. A história pode ajudar a distinguir osteoartrite (OA) de artrite reumatoide (AR).
- Características da OA:
 - Dor nas articulações
 - Rigidez matinal
 - Crepitação com o movimento das articulações
 - A OA geralmente afeta grandes articulações, bastante utilizadas e que suportam peso de forma assimétrica.
- Características da AR:[26]
 - Dor e/ou inchaço em várias articulações
 - Rigidez significativa nas articulações pela manhã ou após o repouso
 - Perda progressiva da função das articulações
 - Envolvimento simétrico das articulações
 - Resposta positiva a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).
- Polimialgia reumática (pacientes do sexo feminino com mais de 50 anos de idade, com dor no pescoço, ombro e quadril, resposta rápida a prednisolona) e polimiosite (fraqueza simétrica nas cinturas escapular e pélvica) são condições musculoesqueléticas importantes que devem ser diferenciadas da fibromialgia.

Dor neuropática:

- O diagnóstico da dor neuropática depende dos sintomas clínicos e da distribuição da dor. As características incluem sensação de queimação, hiperalgesia e alodinia. Os pacientes também

podem relatar áreas de dormência ou perda de sensibilidade nas distribuições dérmicas ou em um padrão de meias/luas. Pode haver história de diabetes mellitus ou de herpes-zóster.

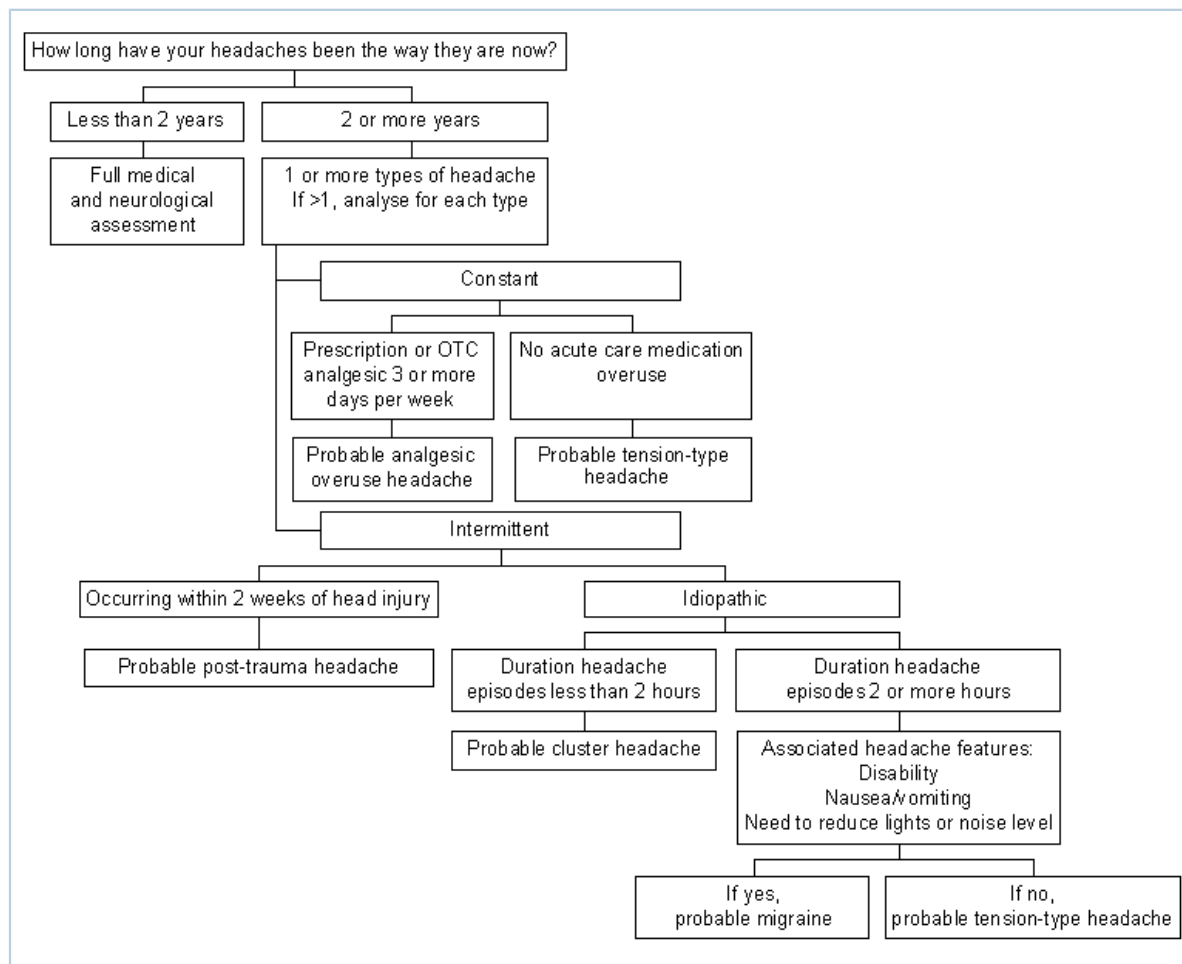
- A síndrome da dor regional complexa, anteriormente chamada de distrofia simpático-reflexa, causalgia ou dor simpaticamente mantida, em geral apresenta excessiva defesa muscular do membro dolorido e é diagnosticada usando os critérios de diagnóstico da International Association for the Study of Pain.[27]

A fibromialgia é diagnosticada usando critérios do American College of Rheumatology:[28]

- Índice de dor disseminada (WPI) ≥ 7 e escore na escala de gravidade dos sintomas (SS) ≥ 5 ou WPI de 3 a 6 e escore na escala SS ≥ 9 .
- Sintomas presentes em um nível semelhante por, no mínimo, 3 meses.
- O paciente não apresenta um distúrbio que, de alguma forma, explicaria a dor.
- Além da dor generalizada, os pacientes com fibromialgia podem ter queixas somáticas, incluindo:
 - Cefaleias crônicas
 - Perturbação do sono
 - Depressão e ansiedade
 - Síndrome do intestino irritável
 - Distúrbios geniturinários
 - Distúrbios sensoriais difusos.

Cefaleias crônicas:

- Cefaleias recorrentes cronicamente benignas são diagnosticadas revisando as características da cefaleia. Os fatores mais importantes na história são a frequência das cefaleias; a duração dos ataques; a intensidade dos ataques; se a cefaleia é constante ou intermitente, unilateral ou bilateral; associações (náusea, sensibilidade à luz ou ao barulho); e a presença de fatores desencadeantes ou associações com lesões ou uso excessivo de analgésicos.



Algoritmo de diagnóstico da cefaleia

Marcus DA. *Chronic pain. A primary care guide to practical management*. Totowa, NJ: Humana Press; 2005

- Sintomas de alerta da cefaleia crônica que sugerem a necessidade de investigações adicionais:
 - Nova cefaleia ou mudança significativa no caráter da cefaleia em 2 anos
 - Dor cervical ou na parte posterior da cabeça (pode significar trauma ou dissecação da artéria vertebral)
 - Pacientes com mais de 50 anos de idade
 - Sintomas neurológicos anormais.

Exame

A avaliação da capacidade física clarifica facetas específicas de incapacidade por dor crônica, é útil para preparar programas de reabilitação e é particularmente benéfica em pacientes que se esforçam para voltar com êxito às tarefas profissionais.

Os pacientes com dor localizada são avaliados por exames físicos dos músculos e dos tecidos moles (dor miofascial), articulações (dor musculoesquelética) e nervos (dor neuropática) a fim de determinar a necessidade de testes adicionais para identificar a categoria do diagnóstico.

Pode ocorrer dor generalizada em conjunção com uma ampla variedade de doenças sistêmicas. Os pacientes sem doença sistêmica associada devem ser avaliados para diferenciar dor miofascial generalizada da fibromialgia.

O diagnóstico da dor miofascial é realizado com base no exame físico e caracterizado por ADM ativa limitada, ADM passiva normal e músculos encurtados, sensíveis e localizados com faixas tensas e pontos-gatilho:

- Banda tensa:
 - Grupo contraído de fibras musculares do tipo cordão palpável
 - Sensibilidade pontual na banda tensa
 - Resposta de contração local: contração involuntária da banda tensa após ser fisicamente estimulada ou depois que se insere uma agulha.
- Pontos-gatilho:
 - Ativos se a palpação resultar em dor irradiada à área da dor crônica
 - Latentes se estiverem localmente sensíveis, mas sem dor referida.

Dor musculoesquelética:

- Caracterizada por ADM passiva limitada, crepitação, inflamação e instabilidade das articulações.
- Características do exame físico na dor musculoesquelética devido à AR:
 - Inflamação das articulações (inchaço, ardor, sensibilidade)
 - ADM limitada das articulações
 - A AR geralmente afeta pequenas articulações de forma simétrica.

Dor neuropática:

- Dormência, fraqueza, alteração nos reflexos em distribuições consistentes com anormalidade da coluna, da raiz espinhal ou do nervo, elevação anormal e reta da perna. Alodinia, hiperalgesia e perda da sensação de frio.

Fibromialgia:

- Sensibilidade à palpação em pontos preestabelecidos que podem não estar dentro das áreas de queixas de dor, ADM passiva e ADM ativa completas.

Cefaleia crônica: são necessários mais exames para pacientes com sintomas preocupantes da cefaleia:[25]

- Revisão completa dos sistemas
- Exame na coluna cervical
 - Postura de repouso
 - ADM ativa
 - Palpação.
- Avaliação neurológica
 - Marcha
 - Fundoscopia para papiledema
 - Avaliação da simetria dos movimentos da face e dos olhos
 - Testes de força e de reflexo

- Sensibilidade ao toque.

Exames por imagem

Pacientes com ADM limitada cuja relação com a dor musculoesquelética/mecânica tenha sido identificada devem ser avaliados com radiografias simples, que podem ajudar a distinguir a OA (esporões ósseos, osteófitos e erosão cartilaginosa) da AR (alterações inflamatórias e cartilaginosas reduzidas), a detectar fraturas e tumores e a mostrar alterações relacionadas a espondilite anquilosante, fraturas associadas à osteoporose e alterações de osteomalácia.

Às vezes, a ressonância nuclear magnética (RNM) é necessária em pacientes com suspeita de radiculopatia ou plexopatia, ou em pacientes com cefaleias de início recente ou preocupantes.

Outras investigações

Geralmente não são necessárias outras investigações, mas elas podem ser necessárias em pacientes com dor neuropática, a fim de determinar afecções clínicas subjacentes que podem estar contribuindo com a neuropatia periférica.

Testes de diagnóstico da dor neuropática:

- A eletromiografia (EMG) e os estudos de velocidade de condução nervosa podem ser úteis para identificar mononeuropatias, como a radiculopatia e neuropatias compressivas (por exemplo, a síndrome do túnel do carpo). Geralmente, as anormalidades também estão presentes na neuropatia periférica.
- Os testes sensoriais quantitativos e o teste quantitativo do reflexo axonal sudomotor são ferramentas geralmente usadas com baixa sensibilidade e especificidade de diagnóstico. Logo, essas ferramentas não são recomendadas como parte de uma avaliação clínica típica.

Fatores de risco

Fortes

idade superior a 45 anos

- A prevalência da dor crônica aumenta com a idade, afetando cerca de 30% dos idosos.^[3] As síndromes de dor geriátrica comuns incluem artrite, osteoporose com fraturas e estenose da coluna lombar.

sexo feminino

- Importantes diferenças de sexo na percepção da dor crônica, com aumento na prevalência e na intensidade da dor nas mulheres.^{[13] [14]}

gestação

- Aumento do risco para diversas queixas de dores musculoesqueléticas e neuropáticas.^[1]

história de trauma ou de dor crônica

- História pessoal de trauma ou de dor crônica, ausência no trabalho devido a queixas de dor provavelmente exigirão um manejo mais agressivo.

história familiar de síndromes de dor geriátrica

- Associado ao aumento da probabilidade de desenvolver uma síndrome da dor crônica, exigindo um manejo mais agressivo. Fatores genéticos aumentam a predisposição ao desenvolvimento de enxaqueca e fibromialgia.

dorsalgia aguda com sinais neurológicos

- Dentre os pacientes com dorsalgia aguda, aqueles com sinais neurológicos ou dor irradiante são mais propensos a desenvolver dor crônica.[15]

profissão de alto risco

- Assim como alguns profissionais da saúde (por exemplo, assistentes de saúde, enfermeiras, dentistas e quiropráticos), profissionais com atividade manual pesada, mecânicos de automóveis, donas-de-casa/zeladores e cabeleireiros.
- Também se demonstrou que a dor crônica é prevalente em soldados.[16]
- Desemprego e mudança do emprego anterior em função de dor também são fatores de risco para a cronicidade da dor.

transtorno de personalidade/sofrimento psíquico comórbidos

- Sofrimento psíquico, depressão, ansiedade, catastrofização e somatização pré-mórbidos. O rastreamento de distúrbios do humor e de outros sofrimentos deve fazer parte da rotina na avaliação da dor crônica, com recomendações para o tratamento incorporadas no regime do controle da dor.[15]
- É importante identificar e tratar psicopatologias coexistentes, pois o sofrimento psíquico pode afetar de forma negativa a participação na terapia para dor crônica, a reabilitação funcional e a adesão terapêutica.
- Os transtornos de personalidade comórbidos também podem afetar o cuidado de pacientes com dor crônica. Mesmo nas populações de atenção primária, a prevalência de transtornos de personalidade entre pacientes com dor crônica pode ser substancial em algumas amostras de pacientes.[17] [18] [19]

incapacidade relacionada à dor

- Pacientes que relatam incapacidade relacionada à dor para atividades da vida diária ou tarefas profissionais são mais propensos a terem dor crônica persistente.[15]

tabagismo

- A nicotina potencializa de forma negativa a sensibilidade à dor.[20] [21]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Sexo feminino, com mais de 45 anos de idade, história familiar de dor crônica (sobretudo enxaqueca e fibromialgia), gestação, história de trauma ou dor crônica, história de dorsalgia aguda com sintomas neurológicos, história de malignidade, certas profissões de alto risco incluindo profissionais da saúde, profissionais com atividade manual pesada, cuidadores e cabeleireiros, história de desemprego.

duração da dor por mais de 3 meses (comum)

- As síndromes de dor crônica estão associadas com a dor presente por mais de 3 meses.

comorbidade física (comum)

- São necessárias a história e a revisão completa dos sistemas a fim de identificar as condições médicas que podem estar relacionadas às queixas de dor crônica, como a disfunção endócrina, incluindo hipotireoidismo, artrite, fraturas crônicas, neoplasia maligna e condições de dor neuropática, como diabetes mellitus e herpes-zóster. Uma história de lesão na cabeça é fundamental em pacientes com cefaleia após traumatismo cranioencefálico.

comorbidade psicológica (comum)

- Quase metade de todos os pacientes com um distúrbio de dor apresenta comorbidade psiquiátrica ou psicológica, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de personalidade. Os sintomas psicológicos ou transtornos psiquiátricos comórbidos podem afetar negativamente a capacidade de participar de reabilitação da dor e devem ser tratados separadamente.^[29] Esses fatores podem ser tratados por meio da psicologia de controle da dor.

história pregressa de episódios de dor aguda (comum)

- Pode haver história de episódios de dor aguda, que predispõem ao desenvolvimento de síndromes de dor crônica, incluindo dorsalgia com flexão lombar limitada, dor de início insidioso e dorsalgia irradiando para o membro inferior.

dor causando dificuldade de realizar atividades da vida diária (comum)

- Pacientes que relatam incapacidade relacionada à dor para atividades da vida diária ou tarefas profissionais são mais propensos a terem dor crônica persistente.^[15]

fatores desencadeadores para dor miofascial (comum)

- A dor desencadeada por exercício físico está presente na dor miofascial (uso excessivo repetitivo). Os fatores desencadeadores podem ser tratados mediante a alteração das atividades por terapia ocupacional.

fatores desencadeadores da dor musculoesquelética (comum)

- A dor desencadeada por exercício físico está presente na dor musculoesquelética (mecânica). Os fatores desencadeadores podem ser tratados mediante a alteração das atividades por terapia ocupacional.

infecção por herpes-zóster (comum)

- Na neuralgia pós-herpética, a dor persiste por mais de 1 mês após o início da herpes-zóster (ocorre em cerca de 30% dos pacientes após zoster aguda, e dura 1 ano em cerca de 10%).^[11]

história de trauma ou de imobilização do membro (comum)

- A síndrome da dor regional complexa pode se desenvolver após uma lesão identificada ou um período de imobilização do membro (por exemplo, engessamento) e deve ser dividida em tipo I (ocorrendo na ausência de lesão do nervo; antes chamada de distrofia simpático-reflexa) e tipo II (ocorrendo após lesão de um nervo grosso específico; antes chamada de causalgia). A cefaleia crônica também pode ocorrer após uma história de trauma.

uso de analgésicos (comum)

- O uso excessivo de analgésicos pode estar associado a cefaleias bilaterais e constantes, com duração de 8 a 24 horas em pacientes que tomam analgésicos, triptanos, opioides, barbitúricos ou ergotaminas. Pacientes com dor crônica tratados com opioides precisam ser estritamente monitorados, já que entre 25% e 30% demonstram um comportamento de abuso de medicamentos.

espasmos musculares (comum)

- Sintomas associados, como espasmos musculares, estão de acordo com a dor miofascial.

sintomas somáticos associados (comum)

- Observados em todas as síndromes de dor crônica, mas particularmente na fibromialgia, os sintomas somáticos associados são comuns e incluem a síndrome do intestino irritável, alterações sensoriais difusas, distúrbios geniturinários e distúrbios do sono e do humor.

sensibilidade muscular à palpação (comum)

- A sensibilidade muscular pode ser devida à dor miofascial.

sensibilidade no ponto-gatilho (comum)

- Sensibilidade localizada e distinta sobre espasmos musculares dolorosos presentes na dor miofascial. Injeções no ponto-gatilho aliviam a dor temporariamente e podem melhorar a amplitude de movimento (ADM) ativa.

bandas tensas (comum)

- Bandas tensas são o principal sinal das síndromes de dor miofascial e consistem de grupos contraídos de fibras musculares do tipo cordão palpável.

resposta de contração (comum)

- Nas síndromes miofasciais há um ponto de sensibilidade nas bandas tensas e na resposta de contração local, que é a contração involuntária da banda tensa depois que ela é fisicamente estimulada ou depois que se insere uma agulha nela.

inchaço e sensibilidade nas articulações (comum)

- Dor musculoesquelética devido a condições artríticas.

pontos sensíveis (comum)

- Pacientes com fibromialgia possuem sensibilidade generalizada à palpação em pontos preestabelecidos que podem não estar dentro das áreas de queixas de dor. Injeções locais nesses pontos sensíveis não são benéficas. O preenchimento de um diagrama de dor pode ser útil.^[28]

Outros fatores de diagnóstico

fatores desencadeadores de cefaleia crônica (comum)

- Os desencadeadores de dor são importantes na história da cefaleia crônica: por exemplo, os episódios de cefaleia crônica com duração de mais de 2 horas e desencadeados por estresse estariam de acordo com cefaleias do tipo tensional, e os desencadeados por gatilhos como o vinho tinto ou a cafeína podem ser cefaleias enxaquecosas. Os fatores desencadeadores podem ser tratados mediante a alteração das atividades por terapia ocupacional.

cefaleia com duração inferior ou superior a 2 horas (comum)

- A duração da dor é uma parte importante da história da cefaleia crônica: por exemplo, os episódios de cefaleia com duração de menos de 2 horas estão de acordo com cefaleias em salvas crônicas, e episódios com duração de mais de 2 horas estariam de acordo com enxaquecas ou com cefaleias do tipo tensional.

dor irradiante (comum)

- A dor irradiante pode significar pontos-gatilhos miofasciais ativos ou dor radicular.

rigidez matinal nas articulações (comum)

- Os pacientes com artrite reumatoide podem se queixar de rigidez matinal nas articulações.

dor em caminhadas prolongadas, aliviadas ao parar ou ao se sentar (comum)

- Pode estar associada à estenose da coluna lombar.

dor nas articulações (comum)

- A dor na articulação pode ser devida a uma condição artrítica.

qualidade da dor em queimação (comum)

- A dor em queimação pode ser neuropática.

alodinia (comum)

- Pacientes com dor neuropática. A alodinia é a percepção de um estímulo não nocivo como doloroso.

hiperalgesia (comum)

- Pacientes com dor neuropática. Na hiperalgesia, o estímulo nocivo produz dor exagerada ou prolongada.

cefaleia crônica associada a náusea, vômito e sensibilidade à luz e ao barulho (comum)

- As características associadas são importantes na história da cefaleia crônica: por exemplo, os episódios de cefaleia crônica com duração de mais de 2 horas e associados a náusea, vômito e sensibilidade à luz ou ao barulho são provavelmente cefaleias enxaquecosas. Uma cefaleia grave, aguda e súbita com tais associações pode iniciar investigações e um encaminhamento neurológico para excluir hemorragia subaracnoide.

padrão intermitente de cefaleia crônica (comum)

- Nas síndromes de cefaleia crônica, um padrão intermitente de cefaleia está presente na cefaleia pós-traumática e nas cefaleias em salvas.

cefaleia crônica bilateral (comum)

- Cefaleias crônicas devido ao uso excessivo de analgésicos, enxaquecas pós-traumáticas, crônicas e do tipo tensional.

cefaleia crônica unilateral (comum)

- Cefaleia crônica em salvas geralmente envolve o olho.

amplitude de movimentos (ADM) limitada (comum)

- ADM ativa geralmente limitada na dor miofascial e mecânica; limitações da ADM passiva sugerem dor mecânica.

dor ou limitação na elevação reta da perna (comum)

- Dor radicular neuropática.

distribuição da dor entre as cinturas escapular e pélvica (incomum)

- A presença de dor crônica (>3 meses) e dor na pelve e nos ombros de acordo com o índice de dor disseminada (WPI) e o escore de gravidade do sintoma (SS) a partir dos critérios da American College of Rheumatology de 2010.^[28]

distribuição simétrica da dor no corpo (incomum)

- Presente na fibromialgia e na polimialgia reumática.

agravamento dos sintomas de cefaleia apesar do tratamento (incomum)

- Sintomas de alerta que requerem encaminhamento para um especialista e investigações adicionais.

cefaleia com dor posterior ou dor cervical (incomum)

- Sintomas de alerta (por exemplo, de possível trauma na cabeça ou no pescoço ou dissecação da artéria vertebral) que requeiram encaminhamento para um especialista e investigações adicionais.

defesa muscular excessiva do membro dolorido (incomum)

- Presente na síndrome da dor regional complexa e em outras condições neuropáticas.

diminuição ou perda dos reflexos (incomum)

- Dor neuropática.

sensibilidade à distribuição da artéria temporal (incomum)

- Quando associada a cefaleia, a distúrbio visual e em pacientes com polimialgia reumática (PMR), as investigações podem ser iniciadas para excluir arterite (temporal) de células gigantes (ACG), o que pode incluir diagnósticos de biópsia e tratamento urgente. Quinze a 20% dos pacientes com PMR têm ACG; 40% a 60% dos pacientes com ACG têm PMR.

Exames diagnóstico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
radiografias simples da coluna, ossos e articulações <ul style="list-style-type: none"> • Considerados para pacientes com dor traumática, dor na coluna e evidência de disfunção da articulação. Alterações degenerativas são comuns com o envelhecimento. 	identifica osteoporose, fraturas, osteoartrite, lesões líticas do osso, alterações artríticas

Exame	Resultado
ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna <ul style="list-style-type: none"> Reservada para pacientes com evidência de disfunção neurológica sugerindo níveis específicos de disfunção neural ou em pacientes com história que sugira estenose lombar (dor em caminhadas prolongadas, aliviadas ao parar ou ao se sentar). Falso-positivos são comuns. Por exemplo, metade das RNMs da coluna lombar em adultos assintomáticos apresentam abaulamento do disco, com hérnia em 1 entre 4 adultos assintomáticos.[30] [31] As anormalidades de RNM em adultos assintomáticos não preveem o futuro desenvolvimento de sintomas clínicos de lombalgia.[32] 	identifica hérnia de disco com pinçamento na raiz nervosa, estenose lombar e causas patológicas da dor
estudos de eletromiografia e condução nervosa <ul style="list-style-type: none"> Considerados para pacientes nos quais os exames físicos não localizaram a patologia nervosa específica para ajudar a identificar o nível de disfunção do nervo. 	ajudam a identificar e a diferenciar as causas periféricas da dor neuropática, como a neuropatia periférica e a radiculopatia

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Hipotireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> Pode mostrar sinais de dor muscular e nas articulações, fraqueza nos membros e fadiga; no entanto, o retardo do relaxamento dos reflexos tendinosos profundos é uma forte evidência de hipotireoidismo. Pode mimetizar síndromes de dor crônica, especialmente a fibromialgia, que geralmente é associada à mudança de peso e à depressão. 	<ul style="list-style-type: none"> Hormônio estimulante da tireoide (TSH) elevado, T3 e T4 elevados e creatina quinase (CK) elevada ajudam a diferenciar o hipotireoidismo.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Polimialgia reumática (PMR)	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta história de rigidez e dor no pescoço, na cintura escapular e/ou na cintura pélvica, ocorrendo em pacientes com mais de 50 anos de idade, em geral mulheres. Os pacientes se queixam de dificuldades para se levantar das posições sentada ou deitada de bruços, de diversos graus de desconforto muscular, bursite pélvica/escapular e/ou oligoartrite. A melhora rápida é quase invariável em 24 a 48 horas com uma dose baixa de prednisolona. Quinze a 20% dos pacientes com polimialgia reumática (PMR) têm arterite de células gigantes (ACG); 40% a 60% dos pacientes com ACG têm PMR. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico de PMR é feito por meio da história e com exames laboratoriais de suporte indicando velocidade de hemossedimentação (VHS) ou proteína C-reativa elevadas.
Arterite de células gigantes	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleia unilateral de início recente, claudicação da mandíbula associada à mastigação de comidas duras, desconforto mandibular difuso, desconforto dental, dor e pressão nos seios nasais e/ou dor na língua são associados à arterite de células gigantes. Encontram-se também cegueira, diplopia ou visão embaçada e uma artéria temporal anormalmente espessa, sensível, eritematosa ou nodular. Os pacientes com mais de 50 anos com cefaleia de início recente devem ser examinados para ACG ou arterite temporal. Quinze a 20% dos pacientes com PMR têm ACG; 40% a 60% dos pacientes com ACG têm PMR. 	<ul style="list-style-type: none"> • VHS ou proteína C-reativa elevada. Uma biópsia positiva da artéria temporal mostrando uma vasculite granulomatosa confirma o diagnóstico de ACG. Diagnóstico e ensaio clínico terapêutico de corticosteroide.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Polimiosite	<ul style="list-style-type: none"> Fraqueza simétrica nas cinturas escapular e pélvica. 	<ul style="list-style-type: none"> Níveis elevados de enzima muscular (por exemplo, CK), geralmente com um título de fator antinuclear (FAN) positivo. Alterações características na eletromiografia (EMG) relacionadas à polimiosite incluem aumento na atividade à inserção de agulhas, fibrilações espontâneas, potenciais motores polifásicos de baixa amplitude e curta duração e descargas repetitivas complexas. O diagnóstico é confirmado com biópsia muscular, indicando infiltração de células do sistema imunológico e destruição das fibras musculares.
Depression	<ul style="list-style-type: none"> A depressão é diagnosticada clinicamente com o achado de mais de 5 dos seguintes sintomas, presentes durante um período de 2 semanas: humor depressivo, anedonia, alterações de peso, alterações na libido, perturbação do sono, problemas psicomotores, baixa energia, culpa excessiva, baixa concentração e ideação suicida. A depressão pode ser associada com graus de transtornos de ansiedade, que podem estar associados a tensão muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Uso excessivo de analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico clínico pode requerer diários de uso de medicamentos e registros de renovação de receitas para identificar o uso excessivo de medicamentos. Cefaleia ou padrão de dor reavaliado 1 mês depois que o uso de analgésicos for descontinuado ou que a diminuição gradativa do medicamento estiver concluída. O uso excessivo de analgésicos pode estar associado a cefaleias bilaterais e constantes, com duração de 8 a 24 horas em pacientes que tomam analgésicos, triptanos, opioides, barbitúricos ou ergotamínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.
Síndrome paraneoplásica	<ul style="list-style-type: none"> Tumor primário ou secundário em ossos, articulações, envolvendo nervos, tendões, a cabeça e o pescoço, órgãos importantes ou tecidos moles se apresentando com sintomas constitucionais e dor muscular proximal. Os sintomas da síndrome paraneoplásica geralmente não respondem à analgesia ou ao tratamento com corticosteroide. Deve-se realizar uma investigação completa do tumor em pacientes que não respondem ao tratamento inicial da dor crônica, já que a remoção do tumor pode ocasionar a resolução dos sintomas. O câncer também pode resultar em pinçamento de nervo, causando radiculopatia ou mielopatia. 	<ul style="list-style-type: none"> O rastreamento quanto à presença de tumor inclui testes basais de rotina incluindo radiografia torácica, hemograma completo, perfil bioquímico e urinálise. Também devem ser realizados testes de rastreamento para câncer adequados à idade (isto é, exame de sangue oculto nas fezes, colonoscopia, mamografia). Outros testes especializados devem ser direcionados pela história, por achados específicos e por anormalidades encontradas nos exames laboratoriais e na radiografia torácica de rotina. A ressonância nuclear magnética (RNM) sagital identifica efetivamente a doença metastática na coluna vertebral em níveis múltiplos. Outros testes específicos, conforme direcionados pela avaliação clínica.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Síndrome de Lambert-Eaton	<ul style="list-style-type: none"> Fadiga e fraqueza muscular proximal. Pode apresentar disfunção autonômica (xerostomia, hipotensão ortostática, ptose). 	<ul style="list-style-type: none"> Sorologia positiva para autoanticorpos associados (por exemplo, anticanal de cálcio dependente de voltagem [anti-CCDV], anti-SOX-1, anti-AChR)

Critérios de diagnóstico

Os critérios de 2010 da American College of Rheumatology para a classificação de fibromialgia[28]

O paciente se encaixa nos critérios de diagnóstico da fibromialgia se apresentar as 3 condições a seguir:

- Índice de dor disseminada (WPI) ≥ 7 e escore na escala de gravidade do sintoma (SS) ≥ 5 ou WPI de 3 a 6 e escore na escala SS ≥ 9
- Sintomas presentes em um nível semelhante por, no mínimo, 3 meses
- O paciente não apresenta um distúrbio que, de alguma forma, explicaria a dor.

Classificação Internacional das Cefaleias - 2ª edição (ICHD-II)[33]

Distúrbios de cefaleia geralmente se dividem em categorias específicas com base no ICHD-II. Segue abaixo um breve resumo:

Cefaleias primárias:

- Enxaqueca
- Tipo tensional
- Em salvas.

Cefaleias secundárias:

- Cefaleia decorrente de trauma
- Cefaleia decorrente de distúrbios vasculares
- Cefaleia decorrente de distúrbios intracranianos não vasculares
- Cefaleia decorrente de substâncias ou à sua supressão de substâncias
- Cefaleia decorrente de infecção
- Cefaleia decorrente de distúrbios de homeostase
- Cefaleia decorrente de distúrbios estruturais da cabeça, seios nasais, dentes, etc.
- Cefaleia decorrente de uma condição psiquiátrica
- Neuralgias cranianas.

Abordagem passo a passo do tratamento

A abordagem para tratamento de síndromes de dor crônica inclui os tratamentos:

- Criados para aliviar ou minimizar queixas de dores de longa duração
- Para prevenir a ocorrência/recorrência futura de dor
- Para aumentos graves no nível da dor.

Esses tratamentos requerem uma abordagem multidisciplinar. O médico da atenção primária deve considerar encaminhamento para um especialista para:

- Dor persistente e incapacitante apesar do tratamento
- Dor progressiva
- História de abuso de álcool ou drogas
- Condições para doses altas de analgésicos opioides
- Pacientes causando divergências entre a equipe
- Sintomas preocupantes de cefaleia
- Envolvimento ocular com neuralgia pós-herpética.

Geralmente, é necessário fazer ajustes das doses farmacoterapêuticas em pacientes idosos por causa da redução do metabolismo dos medicamentos, da politerapia (com risco associado de interações medicamentosas) e da sensibilidade aos efeitos adversos. As doses iniciais recomendadas para medicamentos comuns para a dor foram publicadas pela American Geriatric Society.[34] O guia de recursos da American Chronic Pain Association para o tratamento de dor crônica incorpora uma abordagem multimodal baseada em terapias clínicas, intervencionistas, comportamentais, farmacológicas e de reabilitação para tratar a dor crônica.[35]

Terapia não medicamentosa

A terapia não medicamentosa pode constituir a abordagem inicial em pacientes com dor crônica e inclui:

Fisioterapia:

- Postura correta, exercícios de alongamento e de amplitude de movimento (ADM) ativa são recomendados para todos os pacientes com dor miofascial.
- Os pacientes com dor musculoesquelética também podem se beneficiar de hidroterapia e redução da obesidade.

Terapia ocupacional:

- Pacientes com dificuldade em tarefas de trabalho ou compromissos sociais devido à dor podem se beneficiar do treinamento com controle da dor e alterações no trabalho.

Psicologia de controle da dor:

- Os pacientes com dificuldades psicossociais com atividades da vida diária podem se beneficiar de técnicas de relaxamento, manejo do estresse, habilidades de enfrentamento e terapia cognitivo-comportamental (TCC), incluindo a TCC por meio da internet.[36] [37]

Tratamento da dor miofascial

Todos os pacientes com dor miofascial devem ser tratados primeiramente com fisioterapia e com a adição de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), caso necessário. Os pacientes provavelmente precisarão ir várias vezes por semana ao fisioterapeuta para receber instruções sobre as técnicas, devendo praticá-las em casa entre as consultas. O objetivo da terapia é que o paciente desenvolva um programa doméstico que possa continuar de forma independente duas vezes ao dia em longo prazo.

A terapia ocupacional e as habilidades de controle da dor devem ser fornecidas a todos os pacientes cuja dor miofascial possua um impacto negativo nas atividades diárias ou no humor.

A terapia medicamentosa pode ser usada para pacientes que não consigam atingir um alívio satisfatório da dor com a fisioterapia, e consiste de analgésicos como paracetamol, codeína ou tramadol. As injeções de corticosteroide nos pontos-gatilho podem ser úteis em alguns pacientes. Pacientes com dor miofascial grave que não responderem à fisioterapia também poderão se beneficiar do uso adicional de um relaxante muscular, como a tizanidina.^[38]

Tratamento da dor musculoesquelética

A fisioterapia é a base do tratamento da dor mecânica. Todos os pacientes devem ser considerados para manejo do peso (conforme o caso) e fisioterapia com ou sem adição de hidroterapia, conforme disponíveis. Pacientes com um impacto nas atividades diárias ou no trabalho também devem receber avaliação de um terapeuta ocupacional e de um psicólogo da dor.

Pacientes com osteoartrite com intensificação súbita da dor:^[39]

- Os medicamentos, paracetamol e/ou AINEs, são fornecidos conforme necessário.

Pacientes com artrite reumatoide (AR):^[40]

- Todos os pacientes com AR devem ser avaliados inicialmente por um reumatologista e deve-se oferecer a eles um tratamento com medicamentos antirreumáticos modificadores de doença, a fim de minimizar a destruição da articulação em longo prazo. Pacientes com doença leve a moderada geralmente iniciam com um único MARMD, a menos que haja contraindicações específicas.
- Os pacientes que não obtiverem benefícios dos MARMDs tradicionais podem se beneficiar da mudança para novos anti-inflamatórios, como os inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa), ou da combinação desses agentes com um MARMD tradicional.^[40]

Tratamento da dor neuropática

Os medicamentos são usados como tratamento de primeira linha para a dor neuropática, com o objetivo de reduzir os sintomas perturbadores. Anticonvulsivantes estabilizadores da membrana (por exemplo, gabapentina, pregabalina) e antidepressivos tricíclicos (por exemplo, amitriptilina) são recomendados. A duloxetina, inibidora da recaptção de serotonina-noradrenalina, pode ser benéfica em pacientes que não toleram antidepressivos tricíclicos.

Terapias secundárias incluem capsaicina tópica e um adesivo dérmico de lidocaína. Os opioides podem ser administrados como tratamento terciário.

Os pacientes com comprometimento significativo das atividades diárias, tarefas profissionais, atividades sociais ou do humor devido à dor neuropática devem ser avaliados por terapeutas físico, ocupacional e psicológico. Deve-se oferecer fisioterapia a todos os pacientes com dor neuropática que tenham

dificuldades físicas com as atividades diárias, incluindo correção postural, exercícios de alongamento e de ADM ativa.[41] A estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) demonstrou melhorar os sintomas de neuropatia diabética. No entanto, embora a maior parte dos estudos seja inconclusiva quanto aos efeitos da TENS sobre a lombalgia crônica, a TENS frequentemente é usada em consultórios especializados em dor e pode ser útil no tratamento da lombalgia.[42] Os tratamentos desses especialistas podem complementar os benefícios da terapia medicamentosa.

A dor neuropática devido à neuropatia diabética requer o controle da glicose. A neuralgia pós-herpética ocorre em cerca de 30% dos pacientes com herpes-zóster, e a incidência pode ser minimizada pelo tratamento precoce com agentes antivirais (por exemplo, aciclovir, fanciclovir, valaciclovir). Os pacientes com neuralgia pós-herpética e envolvimento ocular devem ser encaminhados para um oftalmologista.

A síndrome da dor regional complexa (CRPS) deve ser manejada com fisioterapia agressiva e terapia medicamentosa. Os pacientes com CRPS devem ser prontamente encaminhados a uma clínica de dor. A terapia-espelho também pode ser usada como terapia inicial.[43] [44] A terapia intervencionista, como os bloqueios simpáticos, pode ser considerada para pacientes com sintomas neuropáticos refratários incapacitantes.[45] [46] [47] [48] A estimulação da medula espinhal (EME) também pode ser útil. A EME foi recomendada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) como tratamento para a CRPS.[49] Nos EUA, a EME é amplamente utilizada para o tratamento da CRPS e síndrome de cirurgia na coluna mal sucedida. O tratamento com imunoglobulina intravenosa foi benéfico para alguns pacientes com CRPS responsiva a imunoglobulina.[50] Bifosfonatos também podem ser úteis no tratamento da CRPS.[51]

Tratamento da fibromialgia

Devido à natureza multissintomática da fibromialgia e da grande incapacidade dessa população, a maioria dos pacientes com fibromialgia devem ser tratados com um tratamento multidisciplinar e abrangente. Os pacientes que não conseguem benefícios somente com as terapias não medicamentosas iniciais podem obter tratamentos medicamentosos adicionais, embora os benefícios sejam geralmente pequenos, quando muito.

Os tratamentos de primeira linha incluem exercício aeróbico, habilidades psicológicas de controle da dor, terapia ocupacional e aconselhamento nutricional para sintomas de intestino irritável.[52]

Medicamentos antidepressivos, como a amitriptilina, podem ser benéficos em pacientes com dor prolongada e má qualidade do sono. Em pacientes com intolerância a antidepressivos tricíclicos, é preferível a duloxetina, inibidora da recaptação de serotonina-noradrenalina, ou a milnaciprana. Caso sejam intolerantes a antidepressivos, um anticonvulsivante ou um relaxante muscular podem ser benéficos.

A combinação de tramadol e paracetamol mostrou significativa redução das exacerbações da fibromialgia. Pacientes recalcitrantes podem ser considerados para manejo com oxicrato de sódio, embora a prescrição de oxicrato de sódio requeira um treinamento especial, com programas de manejo de risco disponíveis para evitar uso indevido.[53] [54] As recomendações revisadas da European League Against Rheumatism para o tratamento de fibromialgia são respaldadas por revisões e metanálises de alta qualidade e sugerem que o tratamento deve assumir a forma de uma abordagem gradual com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde.[55]

Tratamento da cefaleia crônica

O tratamento da cefaleia varia com base no diagnóstico. Ataques agudos e infrequentes ocorrendo até 3 dias por semana são manejados usando terapia aguda com analgésicos orais.

Cefaleias em salvas (idiopática, intermitente, monocular, com duração de menos de 2 horas, mais de 3 dias por semana) são inicialmente manejadas com terapia preventiva:[25]

- No início das salvas, recomenda-se a descontinuação da nicotina e das bebidas alcoólicas.
- O verapamil é administrado diariamente por 6 semanas como terapia de primeira linha. O verapamil possui alta eficácia como profilaxia em longo prazo. Tratamento de primeira escolha para prevenção estabelecido, embora haja poucas evidências.[56] A preparação para a liberação regular parece ser mais eficaz que as formulações de ação prolongada.
- A prednisolona é administrada como terapia preventiva quando as salvas estão na intensidade máxima no momento de iniciar o tratamento.

A terapia de resgate pode ser experimentada durante o episódio de cefaleia em salva, incluindo:

- Oxigênio por máscara facial
- Sumatriptana subcutânea
- Butorfanol intranasal.

Na maioria dos casos, um episódio individual apresenta resolução espontânea antes de se tentar mais de 2 opções de resgate. Portanto, os pacientes que não conseguem benefícios com o oxigênio em um episódio podem receber sumatriptana na ocorrência do próximo episódio. Caso isso também não funcione, deve-se oferecer butorfanol para o terceiro episódio. Geralmente, a resposta à terapia de resgate além do oxigênio não é satisfatória e só deve ser oferecida com episódios repetidos se for muito útil em um determinado paciente.

O tratamento da cefaleia (bilateral, constante, com duração de 8 a 24 horas) por uso excessivo de analgésicos foca-se na desintoxicação do medicamento.[25] O paciente deve descontinuar os analgésicos e os triptanos, diminuir gradativamente os opioides, as combinações de butalbital (não usado no Reino Unido) e reduzir pela metade ou totalmente o uso das ergotaminas por semana, e depois prescrever um AINE, que não o ibuprofeno, de baixa dosagem ou o tramadol duas vezes ao dia, com uma dose adicional permitida uma vez ao dia para dor intensa durante o primeiro mês após a descontinuação dos analgésicos ou por todo o período da diminuição gradativa. O padrão da cefaleia deve ser reavaliado 1 mês depois da descontinuação dos analgésicos e dos triptanos ou quando a diminuição gradativa do medicamento estiver completa. Deve-se manter registros diários para garantir o não retorno do excesso de medicamentos para tratamento agudo.

As cefaleias do tipo tensional ou pós-traumática (cefaleia primária, bilateral, constante, com duração de 8 a 24 horas, de 7 a 9 dias por mês) são tratadas com antidepressivos tricíclicos (por exemplo, amitriptilina, doxepina), complementado por um relaxante muscular, como a tizanidina, com o auxílio de um treinamento de relaxamento e de terapia cognitivo-comportamental, caso necessário.

A enxaqueca crônica (cefaleia primária, bilateral, com duração de 1 a 4 horas) em uma paciente não gestante requer a evitação de gatilhos, como bebidas alcoólicas e cafeína. Em pacientes não gestantes com enxaqueca, os principais tratamentos medicamentosos usados para a prevenção da enxaqueca são anticonvulsivantes (valproato e topiramato), ou gabapentina, ou antidepressivos tricíclicos ou betabloqueadores. Em 2018, a European Medicines Agency concluiu uma revisão do valproato e seus análogos, recomendando que tais medicamentos sejam contraindicados para profilaxia de enxaqueca

durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[57] Nos EUA, o valproato e seus análogos são contraindicados para profilaxia de enxaqueca em gestantes. Tanto na Europa quanto nos EUA, medicamentos com valproato não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[57] Os bloqueadores de canais de cálcio são os medicamentos de primeira escolha para pacientes com enxaqueca hemiplégica e do tipo basilar e são amplamente usados na enxaqueca com aura. Em pacientes gestantes com enxaqueca, deve-se evitar o uso de gatilhos com terapia de magnésio via oral.[58]

Opioides

Opioides são comumente usados no controle da dor, mas em muitos casos o efeito analgésico diminui com o passar do tempo. Os pacientes precisam de doses maiores de opioides para manter o mesmo nível de alívio da dor. No entanto, doses maiores provocam aumento do risco de eventos adversos, incluindo superdosagem, fraturas ocasionadas por quedas, alterações hormonais e maior sensibilidade à dor. O risco de danos aumenta substancialmente em doses acima do equivalente de morfina por via oral de 120 mg/dia sem benefício adicional.[59] A orientação dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças para prescrição de opioides em casos de dor crônica aborda seleção do paciente, início, continuação, avaliação de risco e descontinuação.[60]

No uso de opioides para o tratamento de dor crônica não relacionada a câncer, recomenda-se um período de avaliação:[61]

- Comece com uma dose baixa e aumente a dose gradualmente, monitore a efetividade (função melhorada ou redução >30% da intensidade da dor) e acompanhe frequentemente (a cada 2 a 4 semanas).
- A titulação termina quando:
 - a dose ideal é atingida
 - o alívio observado é insuficiente após aumentos de 2 ou 3 doses
 - o paciente sofre eventos adversos inaceitáveis
 - há indicação de uso indevido.
- Se os eventos adversos forem inaceitáveis ou a efetividade do opioide for insuficiente, o médico deverá interromper ou mudar a terapia opioide.

As evidências de terapia com opioides em longo prazo para dor crônica são muito limitadas, mas sugerem um aumento do risco de danos graves que parecem ser dose-dependentes.[62] O risco de lesão por superdosagem não intencional está relacionado à duração da ação dos opioides prescritos. Os médicos devem considerar não apenas a dose diária prescrita, mas também a duração da ação do opioide, favorecendo agentes de curta duração sempre que possível, especialmente durante as 2 primeiras semanas de terapia.[63] A prescrição concomitante de benzodiazepínicos com opioides deve ser evitada por causa do aumento do risco de morte por superdosagem de medicamentos de forma dependente da dose.[64]

Medição dos desfechos do tratamento

O desfecho do tratamento pode ser avaliado prontamente pela comparação dos desenhos da localização da dor antes e depois do tratamento e os escores de intensidade da dor. Uma classificação de intensidade da dor de 11 pontos (0 = sem dor, 10 = excruciante) é prontamente entendida pelos pacientes e está correlacionada com as avaliações de melhora global.[65] Uma redução da dor de pelo

menos 2 nessa escala significa uma melhora significativa, classificada pelos pacientes como melhora boa ou melhora muito boa.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso		(resumo)
dor miofascial		
	1a	fisioterapia
	adjunto	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
■ com dificuldade em tarefas de trabalho e compromissos sociais	mais	terapia ocupacional
■ com dificuldade psicossocial	mais	psicologia de controle da dor
■ sem resposta à fisioterapia	adjunto	analgesia adicional
	adjunto	relaxante muscular
	adjunto	injeções no ponto-gatilho
dor musculoesquelética		
	1a	fisioterapia
	adjunto	paracetamol e/ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
■ com dificuldade em tarefas de trabalho e compromissos sociais	mais	terapia ocupacional
■ com dificuldade psicossocial	mais	psicologia de controle da dor
■ artrite reumatoide	mais	encaminhamento a um reumatologista para consideração de um medicamento antirreumático modificador de doença (MARMDs) e novas terapias imunomoduladoras
dor neuropática		
	1a	farmacoterapia
■ com dificuldade física	mais	fisioterapia
■ com dificuldade em tarefas de trabalho e compromissos sociais	mais	terapia ocupacional

Em curso		(resumo)	
	■ com dificuldade psicossocial	mais	psicologia de controle da dor
	■ com neuropatia periférica diabética	mais	controle da glicose
		adjunto	estimulação elétrica transcutânea do nervo
	■ com neuralgia pós-herpética	mais	terapia antiviral durante episódio agudo
	■ com neuralgia pós-herpética e envolvimento ocular	mais	encaminhamento oftalmológico urgente
	■ síndrome da dor regional complexa (CRPS)	mais	fisioterapia + encaminhamento para uma clínica de dor
		adjunto	farmacoterapia adicional
		adjunto	terapia intervencionista
fibromialgia			
		1a	fisioterapia
	■ com dificuldade física nas tarefas de trabalho e sociais	mais	terapia ocupacional
	■ com dificuldade psicossocial	mais	psicologia de controle da dor
	■ com síndrome do intestino irritável	mais	aconselhamento nutricional
	■ dor prolongada com má qualidade do sono	adjunto	antidepressivos
	■ dor prolongada, má qualidade do sono, intolerância a antidepressivos	adjunto	anticonvulsivante ou relaxante muscular
	■ com exacerbações de doença aguda	mais	analgésicos orais
cefaleia crônica			
	■ com ataques agudos e não frequentes (<3 dias/semana)	1a	analgésicos
	■ cefaleia em salvas (>3 por semana)	1a	terapia preventiva
		adjunto	terapia de resgate

Em curso		(resumo)	
■ com uso excessivo de analgésicos	1a	diminuição gradativa de medicamentos preexistentes	
	adjunto	terapia de resgate	
■ cefaleia do tipo tensional ou pós-traumática (>7 a 9 dias com cefaleia/mês)	1a	antidepressivos	
	adjunto	relaxantes musculares	
	mais	psicologia de controle da dor	
■ enxaqueca crônica: não gestante	1a	evitar o gatilho	
	adjunto	farmacoterapia	
■ enxaqueca crônica: gestante	1a	evitar o fator desencadeante + terapia de relaxamento	
	adjunto	magnésio	

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

dor miofascial

1a fisioterapia

» Todos os pacientes com dor miofascial devem ser tratados primariamente com fisioterapia, incluindo correção postural, exercícios de alongamento e exercícios de amplitude de movimento (ADM) ativa. Os pacientes provavelmente precisarão ir várias vezes por semana ao fisioterapeuta para receber instruções sobre as técnicas, devendo praticá-las em casa entre as sessões. O objetivo da terapia é que o paciente desenvolva um programa doméstico que possa continuar de forma independente duas vezes ao dia em longo prazo.

adjunto anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **diclofenaco sódico**: 100 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia quando necessário

OU

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) duas ou três vezes ao dia quando necessário

» Os AINEs podem complementar a fisioterapia em pacientes com dor miofascial, sobretudo durante a exacerbação dos sintomas.

Em curso

■ com dificuldade em tarefas de trabalho e compromissos sociais	mais	terapia ocupacional Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado » Recomenda-se que esses pacientes sejam atendidos também por um terapeuta ocupacional e que recebam treinamento para o controle da dor e alterações no trabalho.
■ com dificuldade psicossocial	mais	psicologia de controle da dor Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado » A psicologia de controle da dor inclui técnicas de relaxamento, manejo do estresse, habilidades de enfrentamento e terapia cognitivo-comportamental.
■ sem resposta à fisioterapia	adjunto	analgesia adicional Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado Opções primárias » paracetamol : 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia OU » tramadol : 50 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia OU » tramadol/paracetamol : (37.5 mg/325 mg) 2 comprimidos por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 8 comprimidos/dia por até 5 dias » Em pacientes com dor miofascial que não responderem à fisioterapia, o paracetamol e o tramadol também podem ser usados isoladamente ou em combinação.
	adjunto	relaxante muscular Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado Opções primárias » tizanidina : 1-2 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente ao deitar, aumentar gradualmente de acordo com a resposta, máximo de 24 mg/dia administrados em 2-3 doses fracionadas

Em curso

adjunto

» Pacientes com dor miofascial grave que não responderem à fisioterapia também poderão se beneficiar do uso adicional de um relaxante muscular, como a tizanidina.

injeções no ponto-gatilho

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» As injeções de corticosteroide nos pontos-gatilho podem ser úteis em alguns pacientes.

dor musculoesquelética

1a

fisioterapia

» A fisioterapia é a base do tratamento da dor musculoesquelética (mecânica). Todos os pacientes devem ser considerados para manejo do peso (conforme o caso) e fisioterapia com ou sem adição de hidroterapia, conforme disponíveis.

adjunto

paracetamol e/ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

--E/OU--

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

-ou-

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

-ou-

» **diclofenaco sódico**: 100 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia quando necessário

-ou-

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) duas ou três vezes ao dia quando necessário

» Podem-se usar paracetamol e AINEs para exacerbações da dor musculoesquelética, isolados ou combinados.

» Uma declaração consensual do American College of Clinical Pharmacy fornece uma comparação do risco gastrointestinal entre

Em curso

■ **com dificuldade em tarefas de trabalho e compromissos sociais**

mais

os diferentes AINEs e estratégias para a sua escolha com base nas comorbidades.[66]

terapia ocupacional

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Recomenda-se que esses pacientes sejam atendidos também por um terapeuta ocupacional e que recebam treinamento para o controle da dor e alterações no trabalho.

■ **com dificuldade psicossocial**

mais

psicologia de controle da dor

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A psicologia de controle da dor inclui técnicas de relaxamento, manejo do estresse, habilidades de enfrentamento e terapia cognitivo-comportamental.

■ **artrite reumatoide**

mais

encaminhamento a um reumatologista para consideração de um medicamento antirreumático modificador de doença (MARMDs) e novas terapias imunomoduladoras

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pacientes com doença leve a moderada geralmente iniciam com um único MARMD, a menos que haja contraindicações específicas.

» O metotrexato é o MARMD de primeira linha mais comumente utilizado. Outros MARMDs de primeira linha comumente usados incluem leflunomida, sulfassalazina, e hidroxicloroquina.

» A hidroxicloroquina é considerada um MARMD menos eficaz que os demais.

» As novas terapias imunomoduladoras incluem inibidor do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa) e abatacepte, um modulador da célula T. O rituximabe, um inibidor da célula B, pode ser usado depois que um paciente não conseguir melhorar com o uso de terapia combinada com MARMD.[40]

dor neuropática

dor neuropática

1a

farmacoterapia

Opções primárias

» **gabapentina**: 300 mg por via oral uma vez ao dia no dia 1, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no dia 2, seguidos por 300 mg três vezes ao dia no dia 3, depois ajustar a

Em curso

dose lentamente de acordo com a resposta, máximo de 3600 mg/dia

OU

» **pregabalina**: 75-150 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 300 mg/dia

OU

» **amitriptilina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia à noite, em seguida ajustar a dose lentamente de acordo com a resposta, máximo de 50 mg uma vez ao dia à noite

OU

» **duloxetina**: 60 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia

Opções secundárias

» **capsaicina tópica**: (0.025% ou 0.075%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) três a quatro vezes ao dia

OU

» **lidocaína tópica**: (adesivo transdérmico a 5%) aplicar até 3 adesivos simultaneamente por, no máximo, 12 horas/dia

Opções terciárias

» **oxicodona**: 5-10 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário; 10 mg por via oral (liberação controlada) a cada 12 horas

» Os medicamentos são usados como tratamento de primeira linha para a dor neuropática, com o objetivo de reduzir os sintomas perturbadores.

» Os anticonvulsivantes neuroestabilizadores (por exemplo, gabapentina, pregabalina) e antidepressivos tricíclicos são recomendados.

» A duloxetina, inibidora da recaptação de serotonina-noradrenalina, pode ser benéfica em pacientes que não toleram antidepressivos tricíclicos.

» As terapias secundárias incluem creme de capsaicina e adesivos dérmicos de lidocaína. As evidências a favor da capsaicina de dose baixa (ou seja, 0.025% ou 0.075%) são deficientes,

Em curso

			mas ela pode ser considerada em alguns casos.[67]
			» Os opioides podem ser administrados como tratamento terciário.
■ com dificuldade física	mais	fisioterapia	Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado » Deve-se oferecer fisioterapia a todos os pacientes com dor neuropática que tenham dificuldades físicas com as atividades diárias, incluindo correção postural, exercícios de alongamento e de ADM ativa.[41]
■ com dificuldade em tarefas de trabalho e compromissos sociais	mais	terapia ocupacional	Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado » Recomenda-se que esses pacientes sejam atendidos também por um terapeuta ocupacional e que recebam treinamento para o controle da dor e alterações no trabalho.
■ com dificuldade psicossocial	mais	psicologia de controle da dor	Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado » Os pacientes com dificuldade psicossocial com atividades da vida diária podem se beneficiar do aprendizado de técnicas de relaxamento, manejo do estresse e habilidades de enfrentamento e terapia cognitivo-comportamental.
■ com neuropatia periférica diabética	mais	controle da glicose	Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado » Pode ser necessário encaminhamento para um especialista.
	adjunto	estimulação elétrica transcutânea do nervo	Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado » A estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS) demonstrou melhorar os sintomas de neuropatia diabética.[42]
■ com neuralgia pós-herpética	mais	terapia antiviral durante episódio agudo	Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado
		Opções primárias	
			» aciclovir : 200 mg por via oral cinco vezes ao dia por 7 dias

Em curso

OU

» **fanciclovir**: 250 mg por via oral três vezes ao dia por 5 dias

OU

» **valaciclovir**: 1000 mg por via oral três vezes ao dia por 7 dias

» A neuralgia pós-herpética ocorre em cerca de 30% dos pacientes com herpes-zóster, e a incidência pode ser minimizada pelo tratamento precoce com agentes antivirais (por exemplo, aciclovir, fanciclovir, valaciclovir).

» Os esquemas de tratamento irão variar em pacientes imunocomprometidos e crianças.

■ **com neuralgia pós-herpética e envolvimento ocular**

mais

encaminhamento oftalmológico urgente

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os pacientes com neuralgia pós-herpética e envolvimento ocular devem ser encaminhados para um oftalmologista.

■ **síndrome da dor regional complexa (CRPS)**

mais

fisioterapia + encaminhamento para uma clínica de dor

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Pode ser necessária uma fisioterapia agressiva nesses pacientes. Os pacientes com CRPS devem ser prontamente encaminhados a uma clínica de dor.

» A terapia-espelho também pode ser usada como terapia inicial.[43] [44]

adjunto

farmacoterapia adicional

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **prednisolona**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **ácido alendrônico**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

Em curso

» **imunoglobulina humana normal**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Enquanto os anticonvulsivantes e antidepressivos tricíclicos são os agentes iniciais recomendados para a dor neuropática, na CRPS podem ser usados agentes adicionais como medicamentos adjuvantes.

» Um pequeno ciclo de corticosteroides orais pode ser usado no estágio inicial da CRPS para reduzir a inflamação.

» Bifosfonatos também podem ser úteis no tratamento da CRPS.[51]

» O tratamento com imunoglobulina intravenosa foi benéfico para alguns pacientes com CRPS responsiva à imunoglobulina.[50]

» A escolha do agente e da dosagem deve ser feita após consulta com o médico.

adjunto terapia intervencionista

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A terapia intervencionista, como os bloqueios simpáticos, pode ser considerada para pacientes com sintomas neuropáticos refratários incapacitantes.[45] [46] [47] [48]

» Os bloqueios do nervo simpático (com anestesia local e esteroides) incluem o bloqueio do gânglio estrelado e do nervo simpático lombar. Em alguns pacientes com CRPS, um bloqueio simpático irá oferecer um alívio drástico da dor (se mediado de modo simpático).

» A estimulação da medula espinhal (EME) também pode ser útil. A EME foi recomendada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) como tratamento para a CRPS.[49]

fibromialgia

fibromialgia

1a

fisioterapia

» A revisão da literatura mostrou que vários ensaios clínicos de exercício cardiovascular, para pacientes com fibromialgia, apresentaram benefícios na redução da dor (11% de diminuição da dor com os exercícios contra 7% de aumento da dor com os controles), redução do limiar de dor no ponto sensível e aumento do desempenho aeróbico.[52]

Em curso

			<p>» Os estudos clínicos têm usado programas de caminhadas e hidroterapia. Os efeitos colaterais são mínimos, com o risco de lesão musculoesquelética a ser considerado. Como muitos pacientes com fibromialgia se sentem pior com excesso de esforço físico, os pacientes com fibromialgia têm uma percepção negativa dos exercícios.</p> <p>» Não há ensaios clínicos suficientes, que sejam bem delineados, sobre o treinamento de flexibilidade e de alongamento para que se possam recomendar tais atividades para ajudar a diminuir a dor da fibromialgia.</p> <p>» O treinamento de força é recomendado como possivelmente útil, mas não tanto quanto exercícios aeróbicos.[52]</p>
■ com dificuldade física nas tarefas de trabalho e sociais	mais	terapia ocupacional	<p>Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>» A terapia ocupacional inclui treinamento para controle da dor e alterações no trabalho.</p>
■ com dificuldade psicossocial	mais	psicologia de controle da dor	<p>Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>» Podem ser úteis técnicas de relaxamento, manejo do estresse e terapia cognitivo-comportamental (TCC). O médico deve estar ciente de que nem todos os psicólogos ficam confortáveis com a abordagem da TCC; deve-se procurar psicólogos especificamente treinados em TCC e familiarizados com a fibromialgia.</p> <p>» A entrevista motivacional pode ser considerada para melhorar a adesão a tratamentos de dor crônica.[68]</p>
■ com síndrome do intestino irritável	mais	aconselhamento nutricional	<p>Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>» Recomenda-se aconselhamento nutricional para sintomas do intestino irritável.</p>
■ dor prolongada com má qualidade do sono	adjunto	antidepressivos	<p>Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado</p> <p>Opções primárias</p> <p>» amitriptilina: 10 mg por via oral uma vez ao dia à noite, em seguida ajustar a dose lentamente de acordo com a resposta, máximo de 50 mg uma vez ao dia à noite</p>

Em curso

■ dor prolongada, má qualidade do sono, intolerância a antidepressivos

adjunto

Opções secundárias

» **duloxetina**: 60 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia

Opções terciárias

» **milnaciprana**: 50-100 mg por via oral duas vezes ao dia

» A terapia antidepressiva pode ser benéfica nos pacientes com dor prolongada e má qualidade do sono.

» A duloxetina, um inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (SNRI), pode ser benéfica em pacientes que não toleram antidepressivos tricíclicos. Um SNRI alternativo é o milnaciprano.

anticonvulsivante ou relaxante muscular

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **pregabalina**: 75-300 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo de 600 mg/dia

Opções secundárias

» **gabapentina**: 300 mg por via oral uma vez ao dia no dia 1, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no dia 2, seguidos por 300 mg três vezes ao dia no dia 3, depois ajustar a dose lentamente de acordo com a resposta, máximo de 3600 mg/dia

Opções terciárias

» **tizanidina**: 4 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário inicialmente, aumentar em incrementos de 2-4 mg/dose de acordo com a resposta, máximo de 18 mg/dia

» A pregabalina geralmente é usada para dor neuropática e convulsões, e é aprovada para o uso em fibromialgia. Ela possui propriedades analgésicas, bem como atividade ansiolítica e anticonvulsivante.

» Se a pregabalina não funcionar, pode-se tentar a gabapentina ou a tizanidina (como relaxante muscular).

■ com exacerbações de doença aguda

mais

analgésicos orais

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Em curso

Opções primárias

» **tramadol/paracetamol**: (37.5 mg/325 mg) 2 comprimidos por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 8 comprimidos/dia por até 5 dias

Opções secundárias

» **oxibato de sódio**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» A combinação de tramadol e paracetamol mostrou significativa redução das exacerbações da fibromialgia.

» Pacientes recalcitrantes podem ser considerados para manejo com oxibato de sódio, embora a prescrição de oxibato de sódio requeira um treinamento especial, com programas de manejo de risco disponíveis para evitar uso indevido.[53] [54]

cefaleia crônica

- com ataques agudos e não frequentes (<3 dias/semana)

1a

analgésicos

Opções primárias

» **aspirina**: 300-900 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

» Ataques agudos e infrequentes ocorrendo até 3 dias por semana são manejados usando terapia aguda com analgésicos orais.

Em curso

■ cefaleia em salvas (>3 por semana)

1a

» Para dor leve a moderada, o tratamento deve ser implementado no início do ataque e na dose adequada.

terapia preventiva**Opções primárias**

» **verapamil**: 80 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia por 6 semanas, alguns especialistas recomendam doses mais altas

-e/ou-

» **prednisolona**: 10-60 mg por via oral uma vez ao dia por 1 semana

» No início das salvas, descontinuação da nicotina e bebidas alcoólicas.

» Verapamil é administrado por 6 semanas como terapia de primeira linha. A prednisolona é administrada como terapia preventiva quando as salvas estão na intensidade máxima no momento de iniciar o tratamento.

adjunto**terapia de resgate**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **oxigênio**: 100% a 7 L/minuto por 10 minutos, via máscara facial

Opções secundárias

» **sumatriptana**: 4-6 mg por via subcutânea em dose única, pode repetir pelo menos uma hora após a dose inicial se necessário, máximo de 12 mg/dia

Opções terciárias

» **butorfanol nasal**: (1 mg/aplicação) uma borrifada em uma narina ou em ambas as narinas em dose única, pode repetir pelo menos 3-4 horas após a dose inicial se necessário

» Oferecer oxigênio a 100% por meio de máscara foi um tratamento amplamente usado por mais de 50 anos. Embora menos conveniente que a sumatriptana, ela tende a ser bastante eficaz na diminuição da intensidade e da duração de um ataque. Se for segura, ela pode ser usada várias vezes ao dia e não é contraindicada em pacientes com hipertensão ou doença vascular. Quando o oxigênio é usado de forma adequada, aproximadamente 70%

Em curso

dos pacientes obtêm alívio em 15 minutos.^[56] Geralmente, são usadas taxas de fluxo de 7 a 10 L/minuto (para 20 minutos com o paciente na posição sentada); no entanto, alguns pacientes podem exigir taxas de fluxo de até 15 L/minuto para alívio.

» A sumatriptana subcutânea é o tratamento mais eficaz para o alívio sintomático.^{1[C]Evidence} Em 2 estudos clínicos importantes, duplo-cegos e controlados com placebo, 74% a 75% dos pacientes tratados com sumatriptana obtiveram alívio em 15 minutos, em comparação com 26% dos pacientes do grupo de placebo.^[70]

» Na maioria dos casos, um episódio individual apresenta resolução espontânea antes de se tentar mais de 2 opções de resgate. Portanto, os pacientes que não conseguem benefícios com o oxigênio em um episódio podem receber sumatriptana na ocorrência do próximo episódio.

» Caso isso também não funcione, deve-se oferecer butorfanol (um analgésico opioide sintético) para o terceiro episódio.

..... ■ **com uso excessivo de analgésicos**

1a

diminuição gradativa de medicamentos preexistentes

» Devem-se descontinuar os analgésicos e os triptanos; diminuir gradativamente, pela metade ou em sua totalidade, as doses semanais de opioides, de combinações de butalbital (não usadas no Reino Unido) e de ergotaminas; e prescrever outro tipo de anti-inflamatório não esteroide, que não o ibuprofeno, em doses baixas ou tramadol duas vezes ao dia, com uma dose adicional permitida uma vez ao dia para dor intensa durante o primeiro mês, após a descontinuação de analgésicos ou por todo o período da diminuição gradativa.

» O padrão da cefaleia deve ser reavaliado 1 mês depois da descontinuação dos analgésicos e dos triptanos ou quando a diminuição gradativa do medicamento estiver completa.

» Deve-se manter registros diários para garantir o não retorno do excesso de medicamentos para tratamento agudo.

adjunto

terapia de resgate

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Em curso

■ cefaleia do tipo tensional ou pós-traumática (>7 a 9 dias com cefaleia/mês)

1a

» **naproxeno**: 250-500 mg duas a três vezes ao dia, máximo de 1250 mg/dia

Opções secundárias

» **tramadol**: 50 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia

» Os anti-inflamatórios não esteroidais ou o tramadol devem ser usados em doses baixas e sob supervisão para garantir que não sejam provocados ataques da cefaleia e a intensidade desta.

antidepressivos**Opções primárias**

» **amitriptilina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada semana, máximo de 100 mg/dia

OU

» **doxepina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada semana, máximo de 100 mg/dia

» Geralmente, as doses usadas são baixas e fora da faixa usada para tratar depressão, mesmo quando esta é comórbida com a cefaleia tensional. Existem mais evidências da eficácia com a amitriptilina que com a doxepina. A dosagem deve ser inicialmente baixa e ir aumentando gradativamente até a melhora clínica.

adjunto

relaxantes musculares

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **tizanidina**: 4 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário inicialmente, aumentar em incrementos de 2-4 mg/dose de acordo com a resposta, máximo de 18 mg/dia

» Há poucas evidências de que a tizanidina seja eficaz na prevenção da cefaleia do tipo tensional.[71] A tizanidina pode ser usada por 3 a 6 meses e então descontinuada. O retorno dos sintomas pode sugerir que seja necessária mais terapia com tizanidina.

mais

psicologia de controle da dor

Em curso

■ enxaqueca crônica: não gestante

1a

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Deve-se oferecer treinamento de relaxamento e terapia cognitivo-comportamental.

evitar o gatilho

» Evitar bebidas alcoólicas, nicotina e alimentos desencadeantes.[58]

adjunto

farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ácido valproico**: 250 mg por via oral (liberação retardada) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar gradualmente para 500 mg duas vezes ao dia

OU

» **gabapentina**: 300 mg por via oral uma vez ao dia no dia 1, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no dia 2, seguidos por 300 mg três vezes ao dia no dia 3, depois ajustar a dose lentamente de acordo com a resposta, máximo de 3600 mg/dia

OU

» **amitriptilina**: 25-50 mg por via oral uma vez ao dia à noite

OU

» **doxepina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia a cada semana, máximo de 100 mg/dia

OU

» **propranolol**: 40 mg por via oral (liberação imediata) duas a três vezes ao dia

OU

» **timolol**: 10-20 mg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas

OU

Em curso

» **verapamil**: 80 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia

OU

» **topiramato**: 50 mg por via oral duas vezes ao dia

» Em 2018, a European Medicines Agency concluiu uma revisão do valproato e seus análogos, recomendando que tais medicamentos sejam contraindicados para profilaxia de enxaqueca durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e problemas de desenvolvimento no lactente/criança.[57] Nos EUA, o valproato e seus análogos são contraindicados para profilaxia de enxaqueca em gestantes. Tanto na Europa quanto nos EUA, medicamentos com valproato não devem ser usados em pacientes do sexo feminino em idade fértil, a menos que exista um programa de prevenção da gravidez e certas condições sejam atendidas.[57]

■ **enxaqueca crônica: gestante**

1a

evitar o fator desencadeante + terapia de relaxamento

» Não estão disponíveis estudos clínicos randomizados e controlados de terapia farmacológica para enxaqueca aguda em mulheres gestantes. Recomenda-se terapia de relaxamento e evitar gatilhos alimentares, bebidas alcoólicas e nicotina.[58]

adjunto

magnésio

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **salicilato de magnésio**: 650 mg por via oral a cada 4 horas quando necessário, máximo de 2600 mg/dia

» A terapia com magnésio por via oral pode ser particularmente útil em pacientes gestantes com enxaqueca crônica.[58]

Novidades

Combinação de analgésicos/formulações

A oxycodona/naloxona é uma combinação de liberação modificada de oxycodona e naloxona. É licenciada para a dor intensa. A naloxona é adicionada para agir contra a constipação induzida por opioides, bloqueando a ação da oxycodona nos receptores opioides localizados no intestino. O tapentadol é um opioide com modo duplo de ação analgésica. Ele inibe a recaptação da noradrenalina e possui um agonista do receptor mu-opioide. Os adesivos de capsaicina são licenciados para o tratamento da dor neuropática. Age no receptor de potencial transiente vaniloide do tipo 1 (TRPV1) como um agonista.

Vitamina D

A deficiência de vitamina D é uma causa emergente de dor generalizada no corpo. A medição dos níveis de vitamina D e de sua substituição deve ser considerada em caso de deficiência.[72]

Recomendações

Monitoramento

Os pacientes com dor crônica requerem monitoramento frequente e regular, sobretudo quando o tratamento é iniciado. Os pacientes devem ser observados a cada 2 a 4 semanas após iniciar o tratamento até que o tratamento seja estabilizado. Os pacientes estabilizados com o controle suficiente da dor devem ser observados a cada 6 a 12 meses.

Testes adicionais não são indicados, a menos que se desenvolvam novas queixas.

Instruções ao paciente

A dor crônica é tem um melhor manejo com o uso de técnicas de autotratamento. Após o treinamento inicial com um terapeuta, os pacientes devem manter uma prática regular das habilidades:

- Exercícios de alongamento duas vezes ao dia, com duração de 15 a 20 minutos por sessão
- Práticas diárias de relaxamento a serem realizadas pela manhã, no decorrer do dia e ao deitar
- Incorporação de um ritmo e de uma programação diária adequados, a fim de evitar a programação de atividades em excesso ou a restrição excessiva de atividades
- Exercícios aeróbicos diários (andar de bicicleta, caminhar ou nadar)
- Nutrição adequada para evitar excesso de peso
- Técnicas de higiene do sono.

As mulheres em idade fértil devem ser informadas de que devem seguir um programa de prevenção da gravidez durante o tratamento com medicamentos com valproato. Para os países da União Europeia (UE), a European Medicines Agency declara que tal programa deve incluir:^[57]

- Uma avaliação do potencial da paciente para engravidar
- Testes de gravidez antes de iniciar e durante o tratamento, conforme necessário
- Aconselhamento sobre os riscos do tratamento com valproato e a necessidade de contracepção eficaz durante todo o tratamento
- Uma revisão do tratamento em curso por um especialista pelo menos uma vez ao ano
- Um formulário de reconhecimento dos riscos ao qual pacientes e prescritores terão acesso em cada uma dessas revisões anuais para confirmar que o aconselhamento apropriado foi dado e compreendido.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
incapacidade	variável	alta
A dor crônica mal controlada é tipicamente associada a uma incapacidade significativa, com interrupções das atividades da vida diária, das relações sociais e do trabalho profissional. Deve-se perguntar diretamente a todos os pacientes com dor crônica sobre o impacto da dor em cada visita, com encaminhamentos adequados para terapia ocupacional e para a psicologia da dor, se necessário.		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
sofrimento psíquico	variável	alta
A dor crônica mal controlada é tipicamente associada ao sofrimento psíquico.[81] Deve-se perguntar diretamente a todos os pacientes com dor crônica sobre o impacto da dor em cada visita, com encaminhamentos adequados para terapia ocupacional e para a psicologia da dor, se necessário.		
abuso/uso indevido de medicamentos	variável	alta
O comportamento de abuso de medicamentos ocorre em 25% a 30% dos pacientes com dor crônica tratados com opioides.[82] As características dos pacientes não predizem de forma precisa quem irá desenvolver comportamentos de abuso/uso indevido.[83] Consequentemente, todos os pacientes tratados com opioides devem ser avaliados frequentemente a fim de determinar a adesão terapêutica ao medicamento pelo monitoramento de renovação de receitas e exames aleatórios de urina para detecção de drogas. Os pacientes cujos objetivos funcionais não forem atingidos devem reduzir e interromper o uso de opioides.		
A eficácia em longo prazo pode ser enfraquecida com altas doses de opioides devido à combinação de diminuição do limiar de dor e da tolerância ao medicamento.[84]		

Prognóstico

Pacientes com dor crônica geralmente apresentam sintomas que duram de vários meses a anos.[73] Pacientes com dor persistente por mais de 3 meses devem ser tratados ativamente e não é recomendado esperar por uma melhora espontânea.

Dorsalgia

Na maioria dos casos, os episódios de dorsalgia aguda remitem com tratamento sintomático e conservador.[74] No entanto, a dorsalgia que persiste até depois do período agudo geralmente continua por um longo período.[75] [76] [77]

Dor miofascial

Tipicamente, os sintomas persistem por longo prazo, geralmente aumentando e diminuindo com períodos de mais e de menos dor incapacitante. Por exemplo, uma pesquisa de pacientes com a dor miofascial crônica em um centro revelou uma duração média da dor antes da avaliação de 63 meses, com um intervalo de 6 a 180 meses.[78]

Fibromialgia

Raramente ocorre a remissão completa da fibromialgia.[79] No entanto, a maioria dos pacientes apresenta uma melhora sintomática substancial e uma redução na dependência de medicamentos quando acompanhados por mais de 3 anos.[80]

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines

Publicado por: Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association

Última publicação em:
2013

ACR appropriateness criteria: chronic neck pain

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2013

Diretrizes de tratamento

Europa

Guidelines on chronic pelvic pain

Publicado por: European Association of Urology

Última publicação em:
2018

Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2018

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia

Publicado por: European League Against Rheumatism

Última publicação em:
2016

The initial management of chronic pelvic pain

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação em:
2012

Spinal cord stimulation for chronic pain of neuropathic or ischaemic origin

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2008

Management of fibromyalgia syndrome – an interdisciplinary evidence-based guideline

Publicado por: German Interdisciplinary Association of Pain Therapy

Última publicação em:
2008

Laparoscopic uterine nerve ablation (LUNA) for chronic pelvic pain

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2007

Europa

EFNS guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain

Publicado por: European Academy of Neurology (European Federation of Neurological Sciences)

Última publicação em: 2007

Best practice statement: management of chronic pain in adults

Publicado por: Healthcare Improvement Scotland

Última publicação em: 2006

SIAARTI recommendations for chronic noncancer pain

Publicado por: Italian Society for Anaesthesiology Analgesia Rheumatology and Intensive Therapy Chronic Non-Cancer Pain Study Group

Última publicação em: 2006

Opioid therapy for chronic noncancer pain: practice guidelines for initiation and maintenance of therapy

Publicado por: Italian Society for Anaesthesiology Analgesia Rheumatology and Intensive Therapy

Última publicação em: 2005

América do Norte

ACPA resource guide to chronic pain management

Publicado por: American Chronic Pain Association

Última publicação em: 2018

CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em: 2016

Management of chronic pain in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline

Publicado por: American Society of Clinical Oncology

Última publicação em: 2016

Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines

Publicado por: Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association

Última publicação em: 2013

2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis

Publicado por: American College of Rheumatology

Última publicação em: 2012

América do Norte

Pain management guideline

Publicado por: Health Care Association of New Jersey

Última publicação em:
2006

Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises and manual therapy in the management of osteoarthritis

Publicado por: Ottawa Methods Group

Última publicação em:
2005

Nível de evidência

1. Duração da cefaleia: há evidências clínicas de baixa qualidade de que a sumatriptana subcutânea possa ser mais eficaz que o placebo na redução da intensidade e na duração da cefaleia a 15 minutos em pessoas com cefaleias em salvas ou episódicas. Doses maiores (12 mg) parecem ser tão eficazes quanto as doses menores (6 mg) no alívio da cefaleia e são associadas a mais efeitos adversos.^[69]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003 Dec;106(3):221-8. [Resumo](#)
- Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum*. 2008 Jan;58(1):26-35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Jeong Y, Holden JE. Commonly used preclinical models of pain. *West J Nurs Res*. 2008 Apr;30(3):350-64. [Resumo](#)
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition (ICHD-II). 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Tran de QH, Duong S, Bertini P, et al. Treatment of complex regional pain syndrome: a review of the evidence. *Can J Anaesth*. 2010 Feb;57(2):149-66. [Resumo](#)
- Russell IJ, Perkins AT, Michalek JE; Oxybate SXB-26 Fibromyalgia Syndrome Study Group. Sodium oxybate relieves pain and improves function in fibromyalgia syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial. *Arthritis Rheum*. 2009 Jan;60(1):299-309. [Resumo](#)
- Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016 Mar 18;65(1):1-49. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Miller M, Barber CW, Leatherman S, et al. Prescription opioid duration of action and the risk of unintentional overdose among patients receiving opioid therapy. *JAMA Intern Med*. 2015 Apr;175(4):608-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Park TW, Saitz R, Ganoczy D, et al. Benzodiazepine prescribing patterns and deaths from drug overdose among US veterans receiving opioid analgesics: case-cohort study. *BMJ*. 2015 Jun 10;350:h2698. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

1. Kristiansson P, Svärdsudd K, von Schoultz B. Back pain during pregnancy: a prospective study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1996 Mar 15;21(6):702-9. [Resumo](#)
2. Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain*. 2001 May;92(1-2):195-200. [Resumo](#)
3. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003 Dec;106(3):221-8. [Resumo](#)
4. Skootsky SA, Jaeger B, Oye RK. Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice. *West J Med*. 1989 Aug;151(2):157-60. [Texto completo](#) [Resumo](#)

5. Reginster JY. The prevalence and burden of arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2002 Apr;41 Supp 1:3-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain*. 2002;6(5):375-85. [Resumo](#)
7. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum*. 2008 Jan;58(1):26-35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. Brett KM, Burt CW. Utilization of ambulatory medical care by women: United States, 1997-98. *Vital Health Stat 13*. 2001 Jul;(149):1-46. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, et al. Epidemiology of headache in a general population - a prevalence study. *J Clin Epidemiol*. 1991;44(11):1147-57. [Resumo](#)
10. Tepper SJ, Dahlöf CG, Dowson A, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark Study. *Headache*. 2004 Oct;44(9):856-64. [Resumo](#)
11. Scott FT, Leedham-Green ME, Barrett-Muir WY, et al. A study of shingles and the development of postherpetic neuralgia in East London. *J Med Virol*. 2003;70 Suppl 1:S24-30. [Resumo](#)
12. Jeong Y, Holden JE. Commonly used preclinical models of pain. *West J Nurs Res*. 2008 Apr;30(3):350-64. [Resumo](#)
13. Ng KJ, Tsui SL, Chan WS. Prevalence of common chronic pain in Hong Kong adults. *Clin J Pain*. 2002 Sep-Oct;18(5):275-81. [Resumo](#)
14. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 2001 Jan;89(2-3):127-34. [Resumo](#)
15. Grotle M, Brox JI, Veierød MB, et al. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005 Apr 15;30(8):976-82. [Resumo](#)
16. Toblin RL, Quartana PJ, Riviere LA, et al. Chronic pain and opioid use in US soldiers after combat deployment. *JAMA Intern Med*. 2014 Aug;174(8):1400-1. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Sansone RA, Whitecar P, Meier BP, et al. The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001 Jul-Aug;23(4):193-7. [Resumo](#)
18. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed*. 2007 Aug;78(2):88-95. [Resumo](#)
19. Manchikanti L, Fellows B, Pampati V, et al. Comparison of psychological status of chronic pain patients and the general population. *Pain Physician*. 2002 Jan;5(1):40-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)

20. Josiah DT, Vincler MA. Impact of chronic nicotine on the development and maintenance of neuropathic hypersensitivity in the rat. *Psychopharmacology (Berl)*. 2006 Oct;188(2):152-61. [Resumo](#)
21. John U, Hanke M, Meyer C, et al. Tobacco smoking in relation to pain in a national general population survey. *Prev Med*. 2006 Dec;43(6):477-81. [Resumo](#)
22. Oxman MN, Levin MJ, Johnson GR, et al; Shingles Prevention Study Group. A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults. *N Engl J Med*. 2005 Jun 2;352(22):2271-84. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2008 Jun 6;57(RR-5):1-30. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Gelb LD. Preventing herpes zoster through vaccination. *Ophthalmology*. 2008 Feb;115(2 Suppl):S35-8. [Resumo](#)
25. Marcus DA. Chronic pain: a primary care guide to practical management. Totowa, NJ: Humana Press; 2005.
26. Gormley GJ, Steele WK, Gilliland A, et al. Can diagnostic triage by general practitioners or rheumatology nurses improve the positive predictive value of referrals to early arthritis clinics? *Rheumatology (Oxford)*. 2003 Jun;42(6):763-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Harden RN, Bruehl S, Stanton-Hicks M, et al. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. *Pain Med*. 2007 May-Jun;8(4):326-31. [Resumo](#)
28. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010 May;62(5):600-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Aigner M, Bach M. Clinical utility of DSM-IV pain disorder. *Compr Psychiatry*. 1999 Sep-Oct;40(5):353-7. [Resumo](#)
30. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994 Jul 14;331(2):69-73. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Boden SD, Davis DO, Dina TS, et al. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am*. 1990 Mar;72(3):403-8. [Resumo](#)
32. Borenstein DG, O'Mara JW Jr, Boden SD, et al. The value of magnetic resonance imaging of the lumbar spine to predict low-back pain in asymptomatic subjects: a seven-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am*. 2001 Sep;83-A(9):1306-11. [Resumo](#)
33. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition (ICHD-II). 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)

34. American Geriatrics Society. Pharmacological management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc. 2009 Aug;57(8):1331-46. [Resumo](#)
35. American Chronic Pain Association. ACPA resource guide to chronic pain management: an integrated guide to medical, interventional, behavioral, pharmacologic and rehabilitation therapies. 2018 edition. 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
36. Buhrman M, Syk M, Burvall O, et al. Individualized guided internet-delivered cognitive-behavior therapy for chronic pain patients with comorbid depression and anxiety: a randomized controlled trial. Clin J Pain. 2015 Jun;31(6):504-16. [Resumo](#)
37. Health Care Association of New Jersey (HCANJ). Pain management guideline. Hamilton, NJ: HCANJ; 2006:1-23. [Texto completo](#)
38. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind cross-over study. Headache. 1992 Nov;32(10):509-13. [Resumo](#)
39. Ottawa Methods Group. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises and manual therapy in the management of osteoarthritis. Phys Ther. 2005 Sep;85(9):907-71. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012 May;64(5):625-39. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Daly AE, Bialocerkowski AE. Does evidence support physiotherapy management of adult complex regional pain syndrome type one? A systematic review. Eur J Pain. 2009 Apr;13(4):339-53. [Resumo](#)
42. Vance CG, Dailey DL, Rakel BA, et al. Using TENS for pain control: the state of the evidence. Pain Manag. 2014 May;4(3):197-209. [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. Ezendam D, Bongers RM, Jannink MJ. Systematic review of the effectiveness of mirror therapy in upper extremity function. Disabil Rehabil. 2009;31(26):2135-49. [Resumo](#)
44. Boesch E, Bellan V, Moseley GL, et al. The effect of bodily illusions on clinical pain: a systematic review and meta-analysis. Pain. 2016 Mar;157(3):516-29. [Resumo](#)
45. North R, Shipley J, Prager J, et al; American Academy of Pain Medicine. Practice parameters for the use of spinal cord stimulation in the treatment of chronic neuropathic pain. Pain Med. 2007 Dec;8 Suppl 4:S200-75. [Resumo](#)
46. Manchikanti L, Boswell MV, Singh V, et al. ASIPP-IPM. Comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in the management of chronic spinal pain. Pain Physician. 2009 Jul-Aug;12(4):699-802. [Texto completo](#) [Resumo](#)
47. Taylor RS. Spinal cord stimulation in complex regional pain syndrome and refractory neuropathic back and leg pain/failed back surgery syndrome: results of a systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage. 2006 Apr;31(4 Suppl):S13-9. [Resumo](#)

48. Kalia V, Bizzell C, O Bray R, et al. Spinal cord stimulation: the types of neurostimulation devices currently being used, and what radiologists need to know when evaluating their appearance on imaging. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2010 Sep-Oct;39(5):227-33. [Resumo](#)
49. National Institute for Health and Care Excellence. Spinal cord stimulation for chronic pain of neuropathic or ischaemic origin. Oct 2008 [internet publication]. [Texto completo](#)
50. Goebel A, Baranowski A, Maurer K, et al. Intravenous immunoglobulin treatment of the complex regional pain syndrome: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010 Feb 2;152(3):152-8. [Resumo](#)
51. Tran de QH, Duong S, Bertini P, et al. Treatment of complex regional pain syndrome: a review of the evidence. *Can J Anaesth*. 2010 Feb;57(2):149-66. [Resumo](#)
52. Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, et al. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD003786. [Texto completo](#) [Resumo](#)
53. Russell IJ, Perkins AT, Michalek JE; Oxybate SXB-26 Fibromyalgia Syndrome Study Group. Sodium oxybate relieves pain and improves function in fibromyalgia syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter clinical trial. *Arthritis Rheum*. 2009 Jan;60(1):299-309. [Resumo](#)
54. Moldofsky H, Inhaber NH, Guinta DR, et al. Effects of sodium oxybate on sleep physiology and sleep/wake-related symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *J Rheumatol*. 2010 Oct;37(10):2156-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
55. McFarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017 Feb;76(2):318-28. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. May A. Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*. 2005 Sep 3-9;366(9488):843-55. [Resumo](#)
57. European Medicines Agency. New measures to avoid valproate exposure in pregnancy endorsed. Mar 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
58. Schurks M, Diener HC, Goadsby P. Update on the prophylaxis of migraine. *Curr Treat Options Neurol*. 2008 Jan;10(1):20-9. [Resumo](#)
59. The Royal College of Anaesthetists Faculty of Pain Medicine. Opioids aware: a resource for patients and healthcare professionals to support prescribing of opioid medicines for pain. 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
60. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016 Mar 18;65(1):1-49. [Texto completo](#) [Resumo](#)
61. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Opioid trial periods for management of chronic non-cancer pain: a review of the clinical evidence. Jun 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)

62. Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med.* 2015 Feb 17;162(4):276-86. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Miller M, Barber CW, Leatherman S, et al. Prescription opioid duration of action and the risk of unintentional overdose among patients receiving opioid therapy. *JAMA Intern Med.* 2015 Apr;175(4):608-15. [Texto completo](#) [Resumo](#)
64. Park TW, Saitz R, Ganoczy D, et al. Benzodiazepine prescribing patterns and deaths from drug overdose among US veterans receiving opioid analgesics: case-cohort study. *BMJ.* 2015 Jun 10;350:h2698. [Texto completo](#) [Resumo](#)
65. Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain.* 2001 Nov;94(2):149-58. [Resumo](#)
66. Herndon CM, Hutchison RW, Berdine HJ, et al. Management of chronic nonmalignant pain with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Joint opinion statement of the Ambulatory Care, Cardiology, and Pain and Palliative Care Practice and Research Networks of the American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy.* 2008 Jun;28(6):788-805. [Resumo](#)
67. Derry S, Moore RA. Topical capsaicin (low concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Sep 12;(9):CD010111. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. Alperstein D, Sharpe L. The efficacy of motivational interviewing in adults with chronic pain: a meta-analysis and systematic review. *J Pain.* 2016 Apr;17(4):393-403. [Resumo](#)
69. Matharu M. Cluster headache. *BMJ Clin Evid.* 2010;2010:1212. [Texto completo](#) [Resumo](#)
70. The Subcutaneous Sumatriptan International Study Group. Treatment of migraine attacks with sumatriptan. *New Engl J Med.* 1991 Aug 1;325(5):316-21. [Resumo](#)
71. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind cross-over study. *Headache.* 1992 Nov;32(10):509-13. [Resumo](#)
72. Pearce SH, Cheetham TD. Diagnosis and management of Vitamin D deficiency. *BMJ.* 2010 Jan 11;340:b5664. [Resumo](#)
73. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain.* 2001 Jan;89(2-3):175-80. [Resumo](#)
74. Valat J, Goupille P, Rozenberg S, et al. Acute low back pain: predictive index of chronicity from a cohort of 2487 subjects. *Joint Bone Spine.* 2000;67(5):456-61. [Resumo](#)
75. Schiøttz-Christensen B, Nielsen GL, Hansen VK, et al. Long-term prognosis of acute low back pain in patients seen in general practice: a 1-year prospective follow-up study. *Fam Pract.* 1999 Jun;16(3):223-32. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, et al. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ.* 1998 May 2;316(7141):1356-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)

77. Thomas E, Silman AJ, Croft PR, et al. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ*. 1999 Jun 19;318(7199):1662-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Gerwin RD. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2001 Oct;5(5):412-20. [Resumo](#)
79. White KP, Harth M. Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2001 Aug;5(4):320-9. [Resumo](#)
80. Pöyhiä R, Da Costa D, Fitzcharles MA. Pain and pain relief in fibromyalgia patients followed for three years. *Arthritis Rheum*. 2001 Aug;45(4):355-61. [Texto completo](#) [Resumo](#)
81. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*. 2003 Nov;106(1-2):127-33. [Resumo](#)
82. Reid MC, Engles-Horton LL, Weber MB, et al. Use of opioid medications for chronic noncancer pain syndromes in primary care. *J Gen Intern Med*. 2002 Mar;17(3):173-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
83. Chabal C, Erjavec MK, Jacobson L, et al. Prescription opiate abuse in chronic pain patients: clinical criteria, incidence, and predictors. *Clin J Pain*. 1997 Jun;13(2):150-5. [Resumo](#)
84. Ossipov MH, Lai J, Vanderah TW, et al. Induction of pain facilitation by sustained opioid exposure: relationship to opioid antinociceptive tolerance. *Life Sci*. 2003 Jun 27;73(6):783-800. [Resumo](#)

Imagens

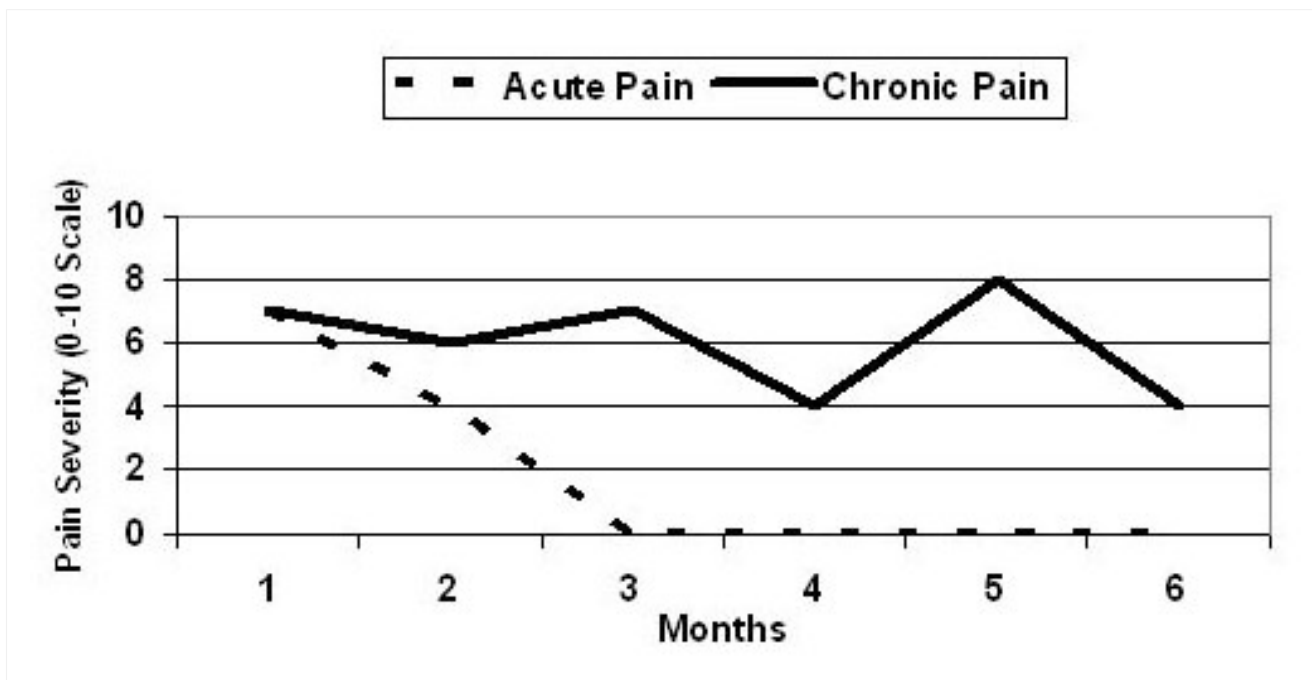


Figura 1: A dor aguda ocorre com trauma ou doença, diminuindo durante a cura e remitindo em 3 meses. A dor crônica persiste depois que a cura estiver completa por causa da ativação contínua das vias neurais da dor e dos espasmos musculares

De Marcus DA. Headache and chronic pain syndromes. The case-based guide to targeted assessment and treatment. Totowa, NJ: Humana Press; 2007

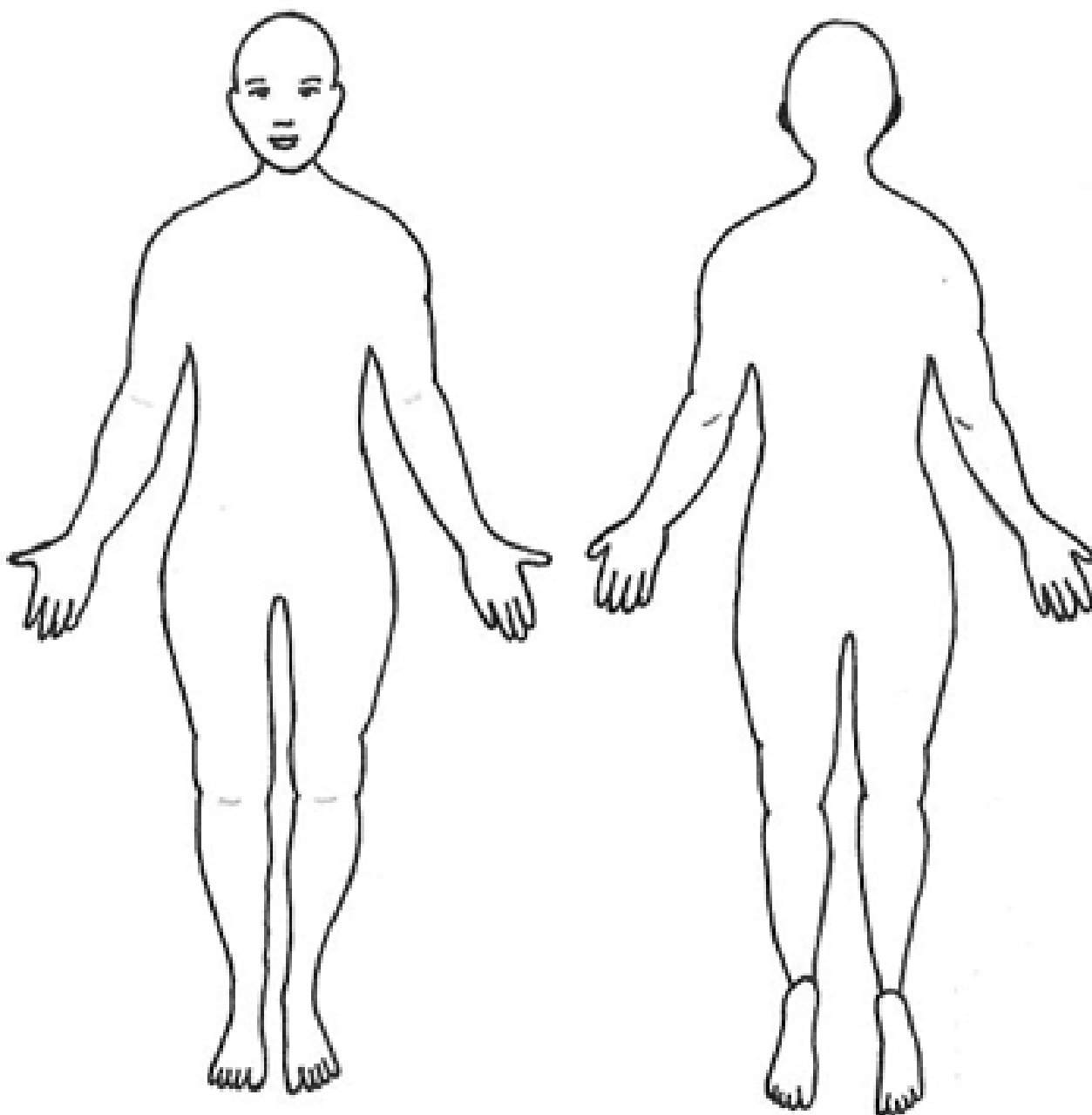


Figura 2: O paciente deve preencher um desenho da localização da dor para determinar se ela é localizada ou generalizada, sombreando todas as áreas doloridas, usando a seguinte legenda: ///// = dor; ::::: = dormência; *** = queimação ou hipersensibilidade ao toque

De Marcus DA. *Chronic pain. A primary care guide to practical management*. Totowa, NJ: Humana Press; 2005

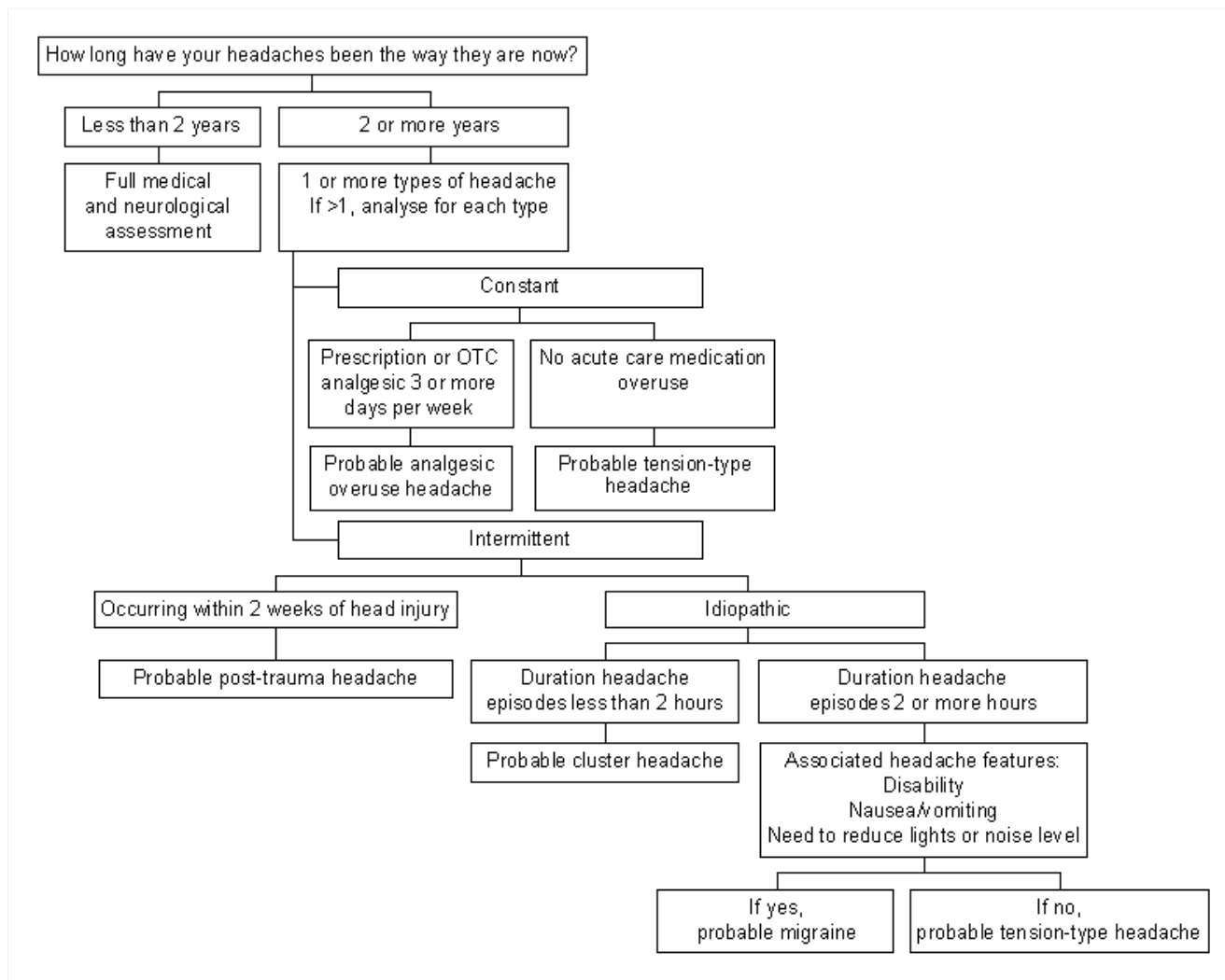


Figura 3: Algoritmo de diagnóstico da cefaleia

Marcus DA. Chronic pain. A primary care guide to practical management. Totowa, NJ: Humana Press; 2005

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Gaurav Chhabra, MBBS, FRCA, FFPMRCA

Consultant, Pain Medicine and Anaesthesia
North Bristol NHS Trust, Bristol, UK

DIVULGAÇÕES: GC has been sponsored by Boston Scientific, St Jude Medical, and Nevro to attend cadaveric workshops relevant to neuromodulation.

// Reconhecimentos:

Dr Gaurav Chhabra would like to gratefully acknowledge Dr Sarah Love-Jones and Dr Dawn A. Marcus, previous contributors to this monograph. SLJ has received consultancy fees for Boston Scientific and Nevro Corporation (regarding spinal cord stimulation) and is an Elected Council member of the British Pain Society. DAM is an author of a reference cited in this monograph.

// Colegas revisores:

J. David Sinclair, MD

Clinical Instructor
Department of Anesthesiology, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA
DIVULGAÇÕES: JDS declares that he has no competing interests.

Joan Hester, MBBS, FRCA, LRCP, MRCS

Consultant in Pain Management
Pain Unit, King's College Hospital, London, UK
DIVULGAÇÕES: JH has chaired advisory boards for Napp Pharmaceuticals Ltd., chaired a symposium, is a principle investigator and has participated in advisory boards for Grunenthal Ltd., and has given lectures for Pfizer Ltd. JH has also attended the American Pain Society meeting in 2009 sponsored by Grunenthal.

Beverly J. Collett, MB BS, FRCA, FFPMRCA

Consultant in Pain Medicine
Pain Management Service, University Hospitals of Leicester, Leicester, UK
DIVULGAÇÕES: Not disclosed.