

The background is a soft watercolor wash in shades of pink, purple, and blue. Overlaid on this is a dark silhouette of a person walking away from the viewer, towards the right side of the frame. The person's arms are slightly out to their sides, and their legs are in a walking motion.

# CONHEÇA A DOR NEUROPÁTICA

Um Guia Prático para Entender,  
Avaliar e Tratar  
a Dor Neuropática



# Comitê de Desenvolvimento

---

**Mario H. Cardiel, MD, MSc**  
Reumatologista  
Morelia, México

**Jianhao Lin, MD**  
Ortopedista  
Pequim, China

**Jose Antonio San Juan, MD**  
Cirurgião Ortopedista  
Cidade de Cebu, Filipinas

**Andrei Danilov, MD, DSc**  
Neurologista  
Moscou, Rússia

**Supranee Niruthisard, MD**  
Especialista em Dor  
Bangkok, Tailândia

**Ammar Salti, MD**  
Consultor Anestesista  
Abu Dhabi, Emirados Árabes  
Unidos

**Smail Daoudi, MD**  
Neurologista  
Tizi Ouzou, Argélia

**Germán Ochoa, MD**  
Ortopedista  
Bogotá, Colômbia

**Xinping Tian, MD**  
Reumatologista  
Pequim, China

**João Batista S. Garcia, MD, PhD**  
Anestesiologista  
São Luis, Brasil

**Milton Raff, MD, BSc**  
Consultor Anestesista  
Cidade do Cabo, África do Sul

**Işin Ünal-Çevik, MD, PhD**  
Neurologista, Neurocientista e  
Especialista em Dor  
Ancara, Turquia

**Yuzhou Guan, MD**  
Neurologista  
Pequim, China

**Raymond L. Rosales, MD, PhD**  
Neurologista  
Manila, Filipinas

*Este programa foi patrocinado pela Pfizer Inc.*



# Objetivos de Aprendizagem

---

- Após concluir este módulo, os participantes conseguirão:
  - Explicar a patofisiologia da dor neuropática
  - Discutir a prevalência da dor crônica neuropática
  - Aplicar uma técnica simples de diagnóstico para o diagnóstico da dor neuropática
  - Entender o impacto da dor neuropática e suas comorbidades nas capacidades funcionais e na qualidade de vida do paciente
  - Selecionar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento da dor neuropática
  - Saber quando encaminhar pacientes a especialistas

---

# TRATAMENTO

A decorative blue watercolor splash is located in the bottom right corner of the slide, blending into the light blue background.

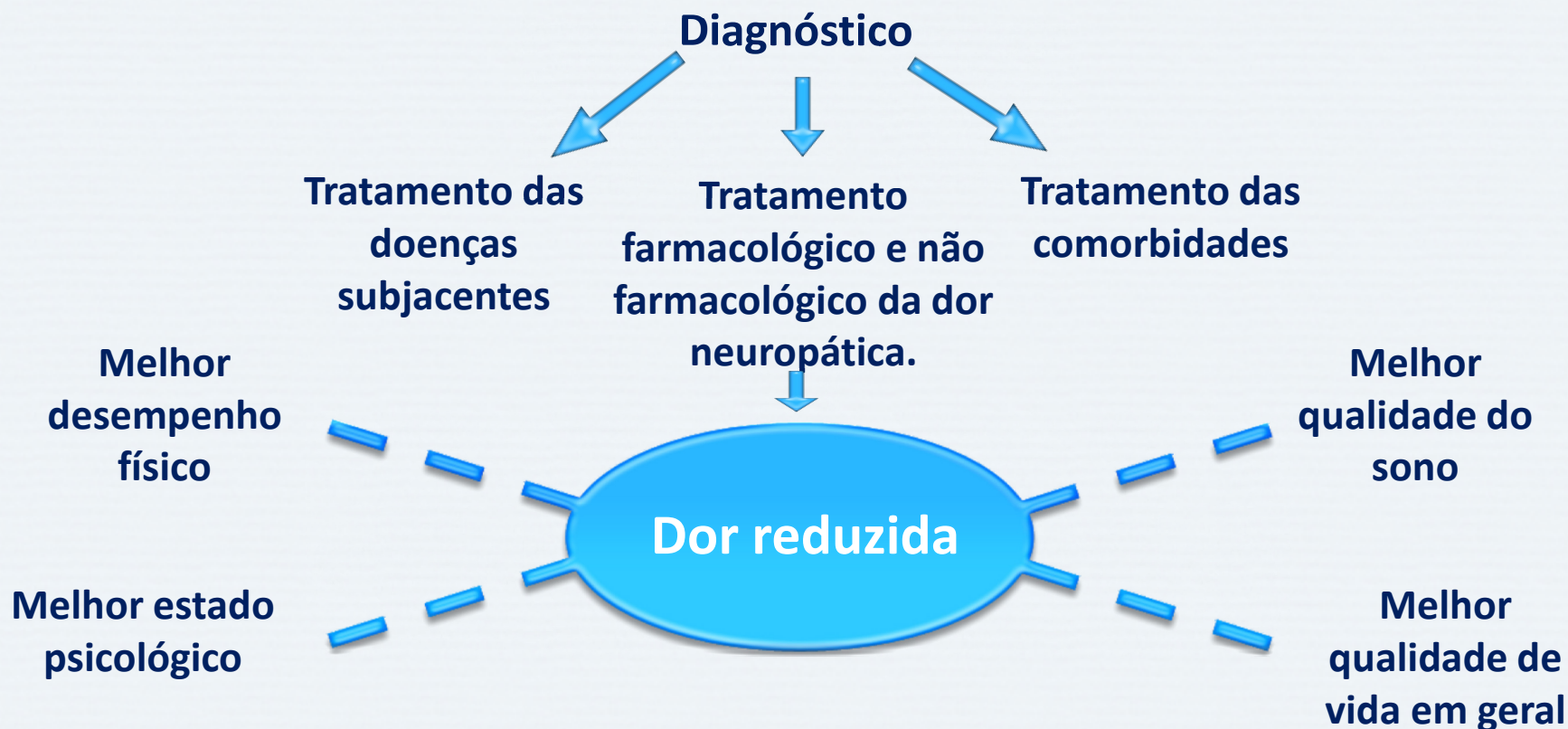


---

# Metas do Tratamento



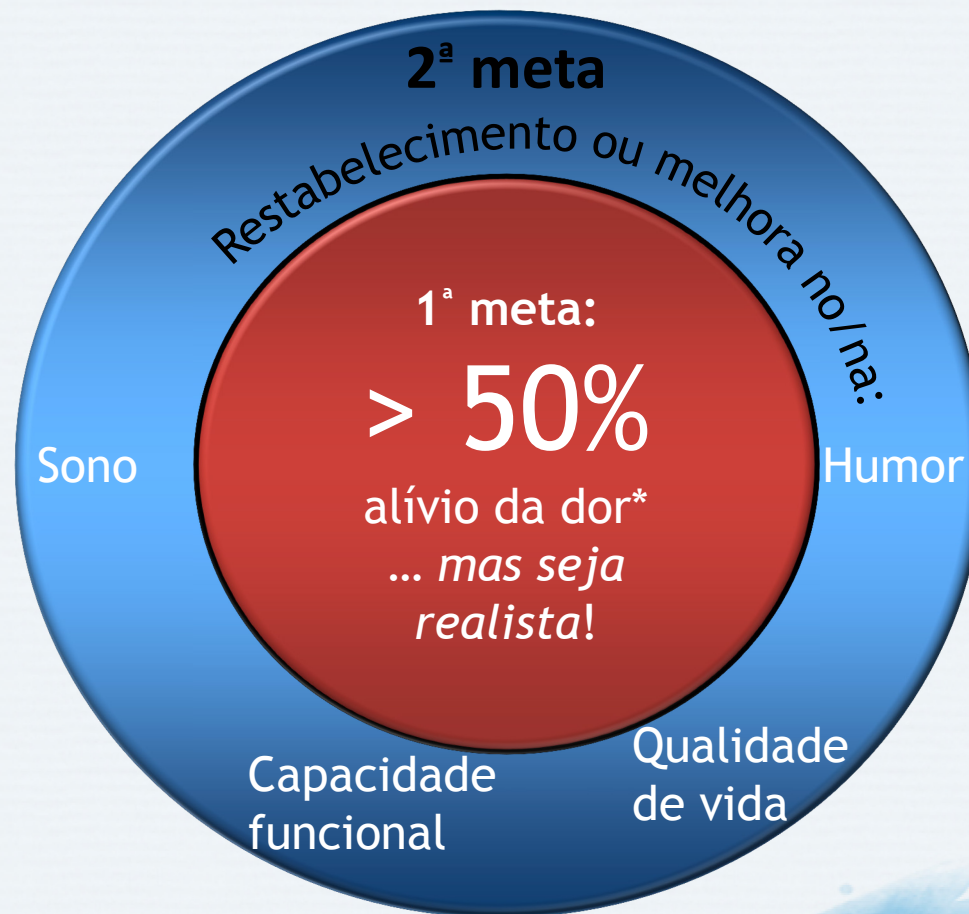
# Tratamento da Dor Neuropática



**Quanto antes um diagnóstico for feito, mais oportunidades existirão para melhorar os resultados do paciente**



# Metas no Tratamento da Dor Neuropática



\* **Observação:** redução na dor de 30–50% pode ser esperada com doses máximas na maioria dos pacientes

Argoff CE et al. *Mayo Clin Proc* 2006; 81(Suppl 4):S12-25; Lindsay TJ et al. *Am Fam Physician* 2010; 82(2):151-8.



# Planejando o Tratamento da Neuropatia Periférica Diabética Dolorosa: Metas de Tratamento

---

<b>Primárias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &gt; 50% de alívio da dor, mas seja realista!</li><li>• Não deixe o “realista” levar a uma busca menos agressiva pelo máximo de alívio</li></ul>
<b>Secundárias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Restabelecimento ou melhora nas medidas funcionais, na qualidade de vida, no sono e no humor</li><li>• Tratamento deve modificar a dor e espera-se que ocorra melhora na capacidade funcional</li><li>• Se não ocorrer melhora na capacidade funcional, tomar medidas para ajudar os pacientes a otimizar a capacidade funcional na presença de dor residual</li></ul>

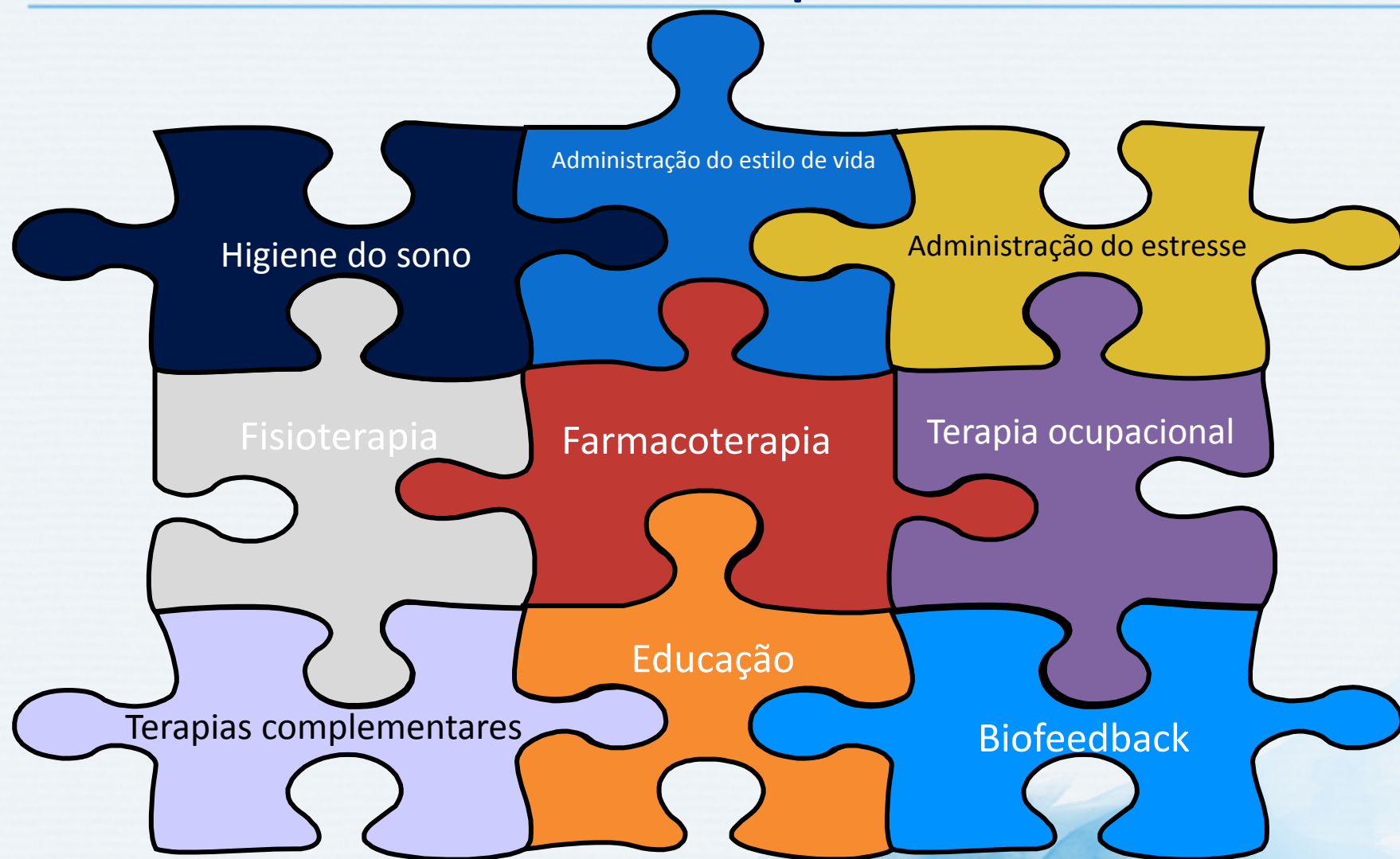


---

# Tratamento não farmacológico



# Tratamento Multimodal da Dor Neuropática

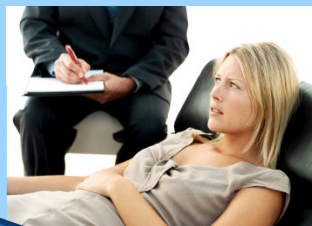


# Vários Tratamentos não farmacológicos Estão Disponíveis para a Dor Neuropática<sup>1-6</sup>

Fisioterapia<sup>1</sup>



Psicoterapia/CBT<sup>6,7</sup>



Programas de Tratamento multimodal da dor<sup>5,6</sup>

Terapias alternativas e cura espiritual



Educação do paciente<sup>1</sup>



Várias modalidades de tratamento não farmacológico são mencionadas nas diretrizes, mas **nenhuma modalidade é recomendada universalmente**<sup>1-5</sup>

CBT = terapia comportamental cognitiva

1. Chetty S et al. *S Afr Med J* 2012; 102(5):312-25; 2. Bril V et al. *Neurology* 2011; 76(20):1758-65; 3. Cruccu G et al. *Eur J Neurol* 2007; 14(9):952-70; 4. Pittler MH, Ernst E. *Clin J Pain* 2008; 24(8):731-35; 5. Dubinsky RM et al. *Neurology* 2004; 63(6):959-65; 6. Freynhagen R, Bennett MI. *BMJ* 2009; 339:b3002; 7. Morley S. *Pain* 2011; 152(3 Suppl):S99-106.



# Evidências de Terapias não Farmacológicas na Dor Neuropática

- As terapias estudadas incluem:
- Evidências limitadas da maioria das

A eficácia das vitaminas B na redução da dor neuropática crônica não foi estabelecida

- Suplementos nutricionais
- Imagística
- Cura espiritual

- asseguram novos estudos para:
- Extrato de cannabis
  - Carnitina
  - Eletroestimulação
  - Ímãs





# Diretrizes AAN: Tratamento Não Farmacológico da Neuropatia Periférica Diabética



## Recomendado

- Estimulação nervosa elétrica percutânea (nível B)



## Não recomendado

- Tratamento com campo eletromagnético (nível B)
- Tratamento com laser de baixa intensidade (nível B)
- Terapia reiki (nível B)



## Evidências insuficientes

- Amitriptilina + eletroterapia (nível U)



# Diretrizes AAN: Tratamento Não Farmacológico da Neuralgia Pós-herpética



## Recomendado

- Nenhum



## Não recomendado

- Acupuntura (nível B)
- Vitamina E (nível B)



## Evidências insuficientes

- Irradiação a laser He:Ne
- Criocirurgia
- Extrato de *Ganoderma lucidum* (cogumelo lingzhi)



# Consenso de Especialistas Latino-Americano: Tratamento Não Farmacológico da Dor Neuropática



## Terapias complementares\*

- Acupuntura – contanto que seja realizada por profissionais qualificados e com o consentimento do paciente
- Ácido tióctico e monofosfato de citidina/uridina



## Evidências insuficientes

- Fitoterapia\*\*

\*Embora amplamente usada na prática, poucas evidências científicas sustentam seu uso e o paciente deve ser informado sobre isso. Uso ou recomendação de uso requer prudência e conduta ética.

\*\*Esses tipos de tratamento são deixados por conta do médico, que deve considerar os aspectos socioculturais do paciente.

Acevedo et al. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2009; 23(3):261-81.



# Diretrizes Sul-Africanas: Tratamento Não-Farmacológico da Dor Neuropática

---



## Recomendado

- Psicoterapia, particularmente terapia comportamental cognitiva
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea
- Fisioterapia
- Lesão na medula espinhal\*



## Não recomendado

- Lesão na zona de entrada da raiz dorsal (DREZotomia)

\*Em casos de dor que não podem ser tratados por tratamentos farmacológicos e complementares

Chetty S et al. *S Afr Med J* 2012; 102(5):312-25.





# Diretrizes da EFNS: Tratamento Não Farmacológico da Dor Neuropática



## Recomendado

- Eletro-acupuntura (nível B)
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea de alta frequência (level C)
- Estimulação magnética transcraniana repetitiva\* (level B)



## Não recomendado

- Neuroestimulação elétrica periférica



## Evidências insuficientes

- Estimulação periférica implantada

**Observação:** apenas modalidades de neuroestimulação elétrica foram revisadas; outros métodos não farmacológicos não foram considerados

\*Eficácia transitória; EFNS = European Federation of Neurological Societies

Cruccu G et al. *Eur J Neurol* 2007; 14(9):952-70.



# Resumo das Recomendações de Tratamento não Farmacológico da Dor Neuropática

---

- A estimulação nervosa elétrica é a única modalidade de tratamento não farmacológico recomendado pela maioria das diretrizes

---

# Tratamiento Farmacológico



# Tratamento Baseado em Mecanismos da Dor Neuropática

## Medicações que afetam a sensibilização periférica:

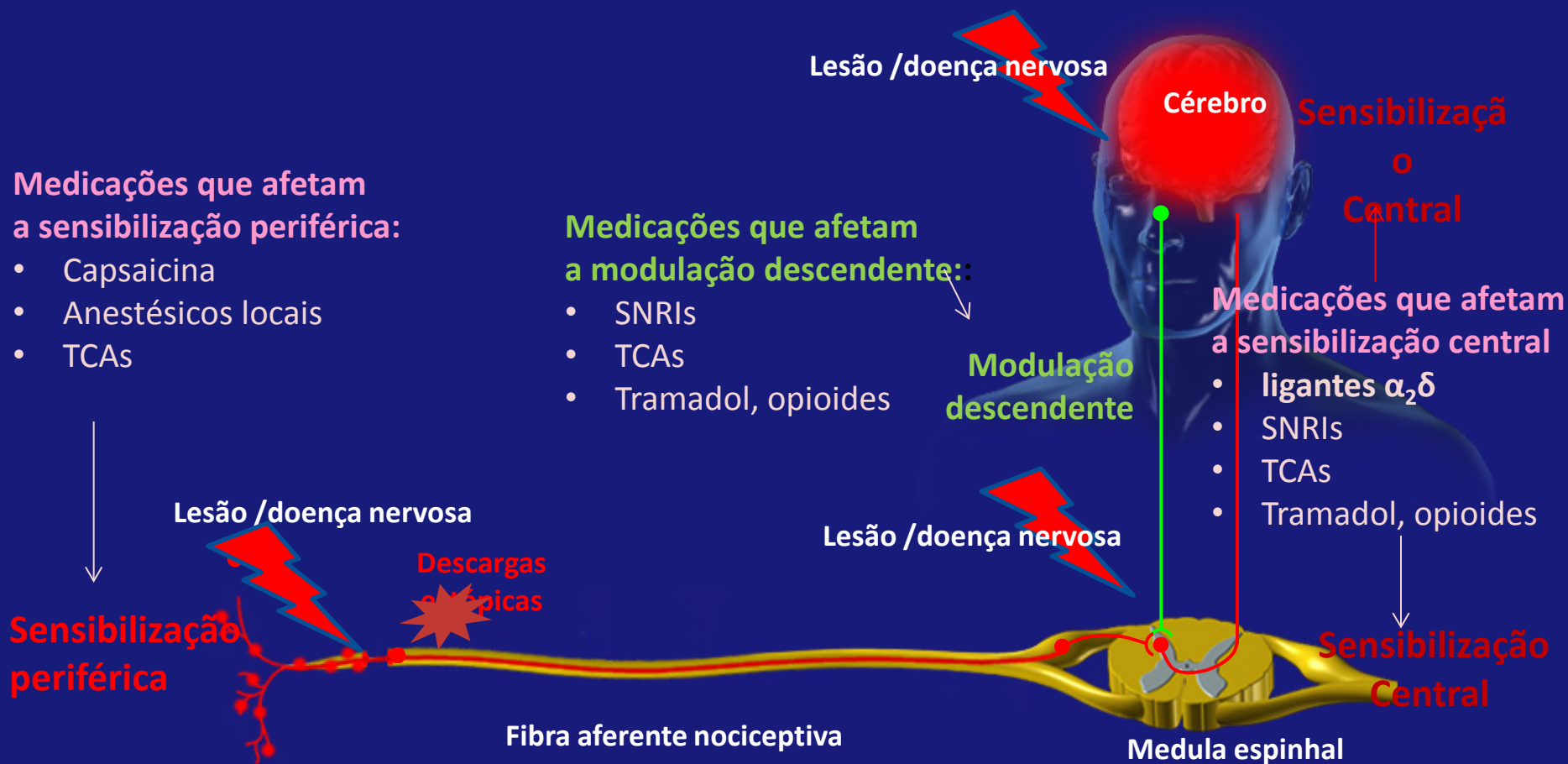
- Capsaicina
- Anestésicos locais
- TCAs

## Medicações que afetam a modulação descendente:

- SNRIs
- TCAs
- Tramadol, opioides

## Medicações que afetam a sensibilização central:

- ligantes  $\alpha_2\delta$
- SNRIs
- TCAs
- Tramadol, opioides

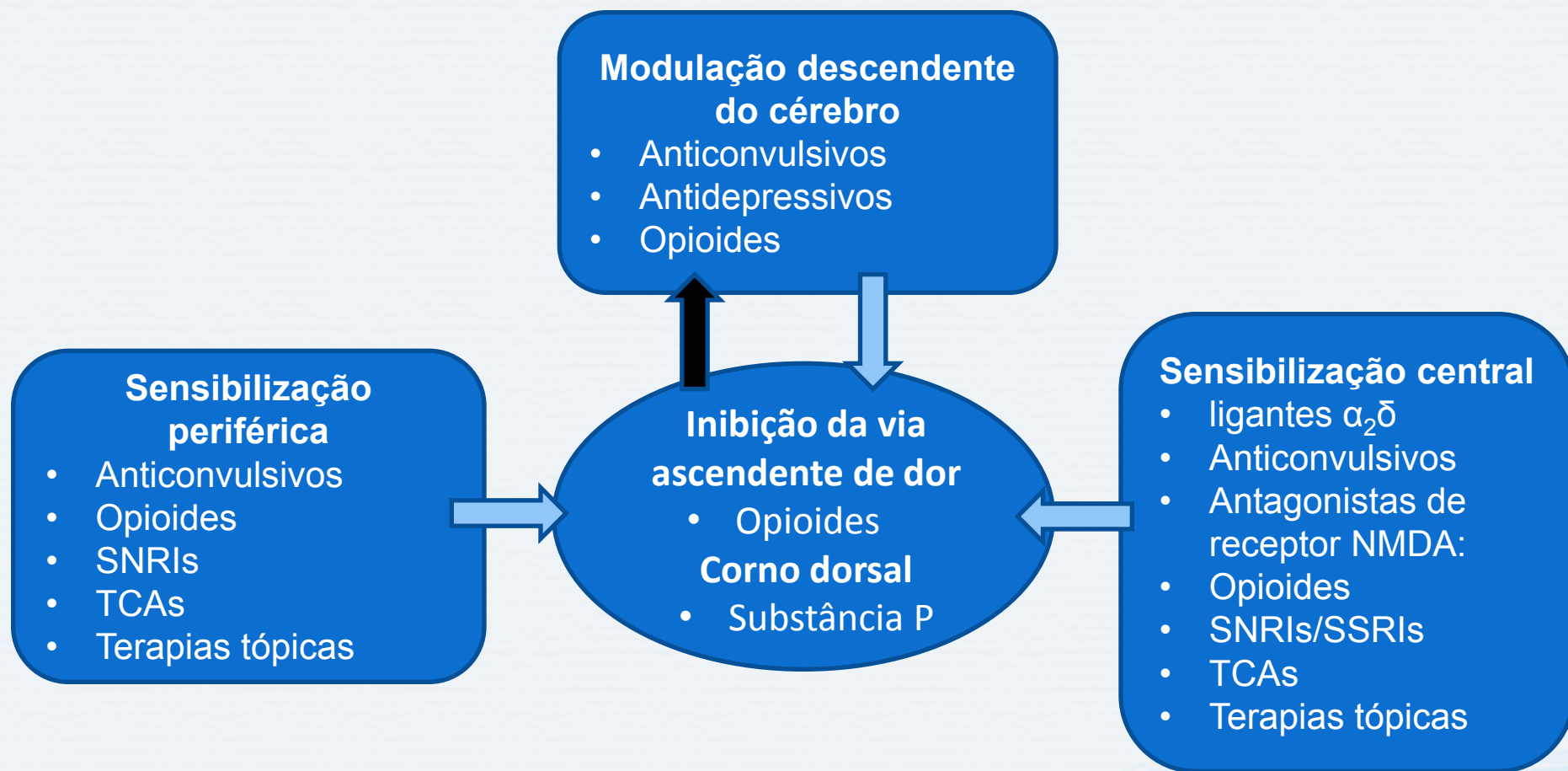


SNRI = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepressivo tricíclico

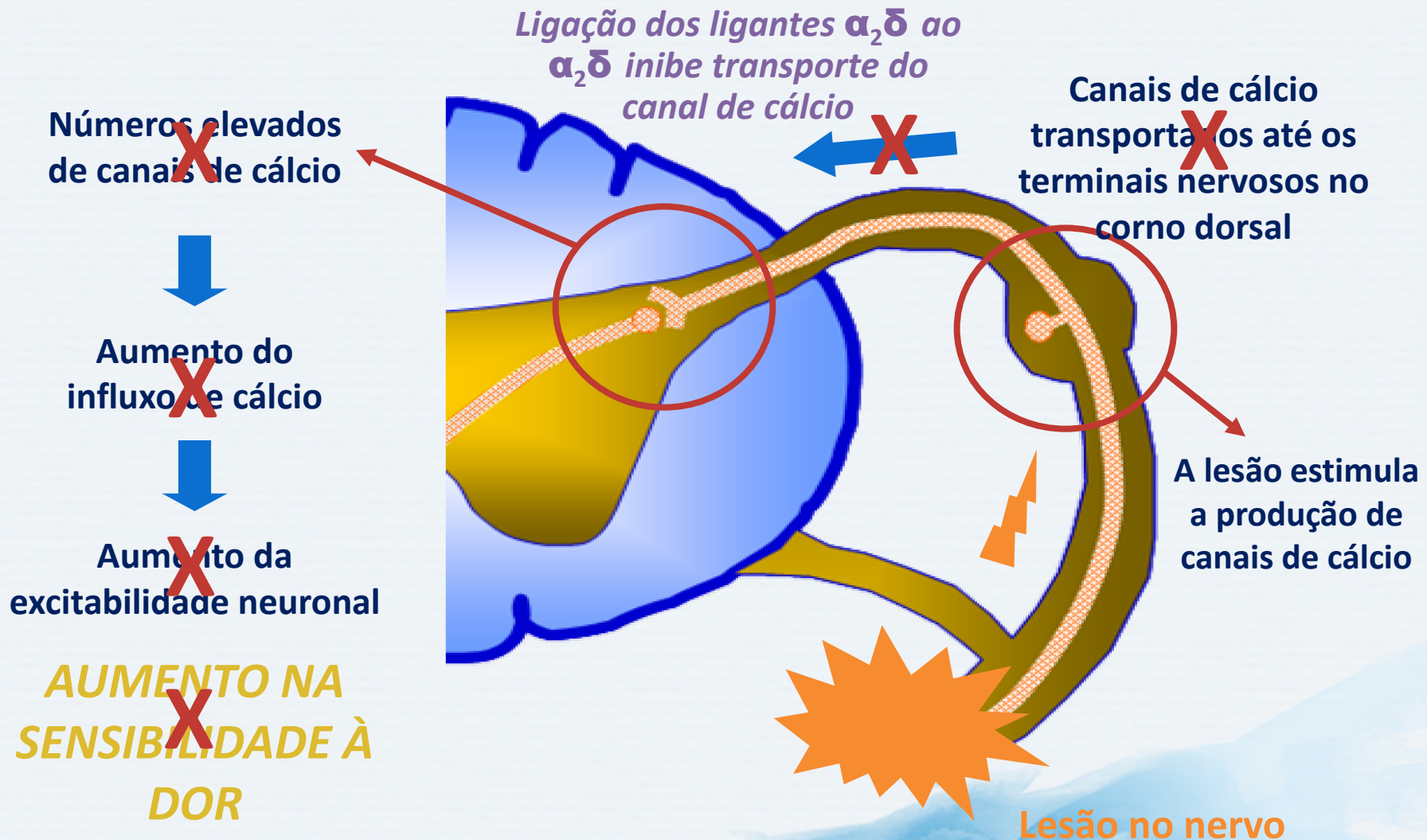
1. Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.
2. Moisset X and Bouhassira D. *NeuroImage* 2007; 17: S80-S88.
3. Attal N. et al. *European Journal of Neurology* 2010; 17: 1113-1123



# Alvos Terapêuticos da Dor Neuropática



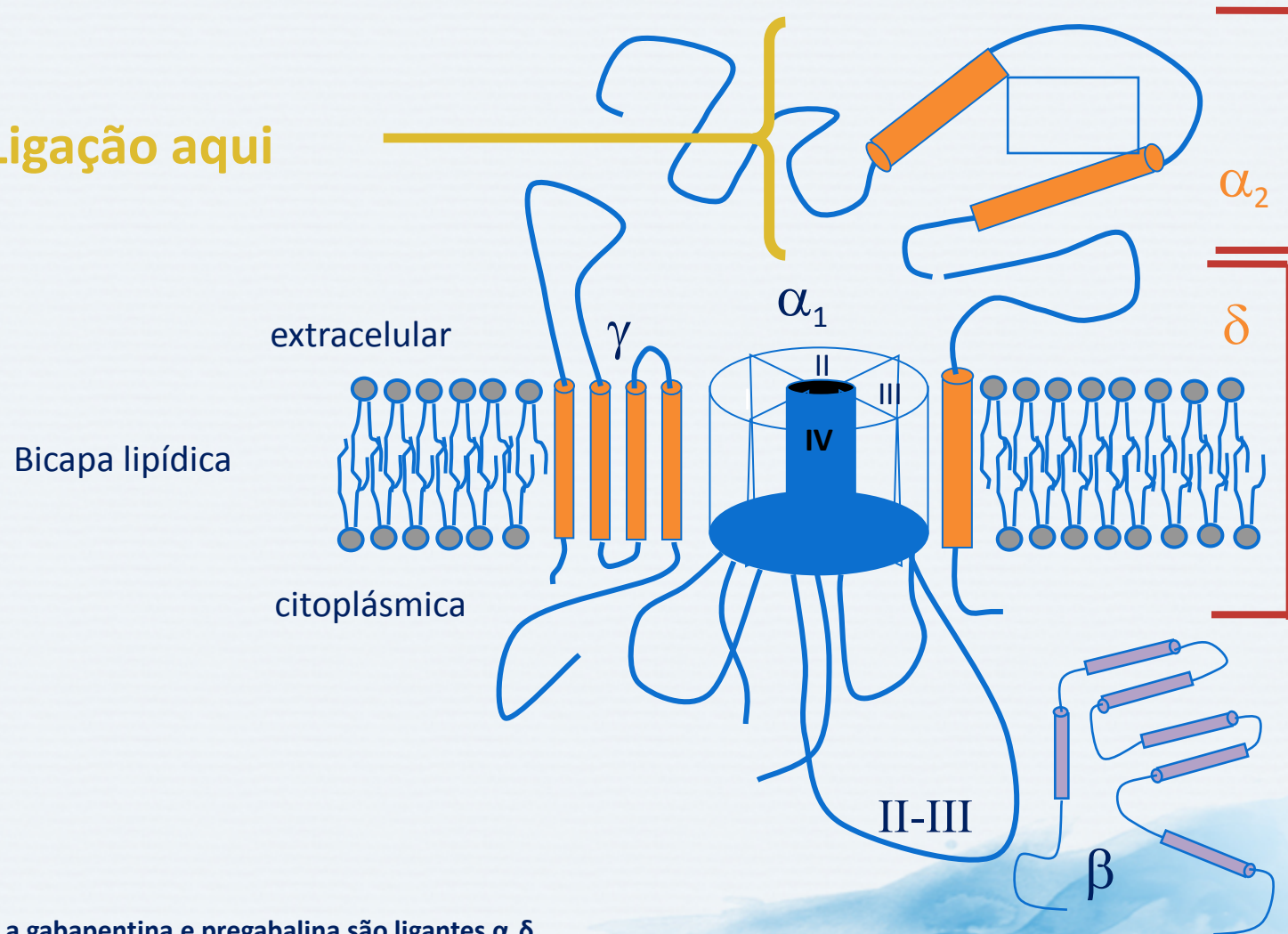
# Papel dos Canais de Cálcio Ligados a $\alpha_2\delta$ na Dor Neuropática





# Inibidores $\alpha_2$ - $\delta$ se Ligam à Subunidade $\alpha_2$ - $\delta$ dos Canais de cálcio voltagem-dependentes

Ligação aqui

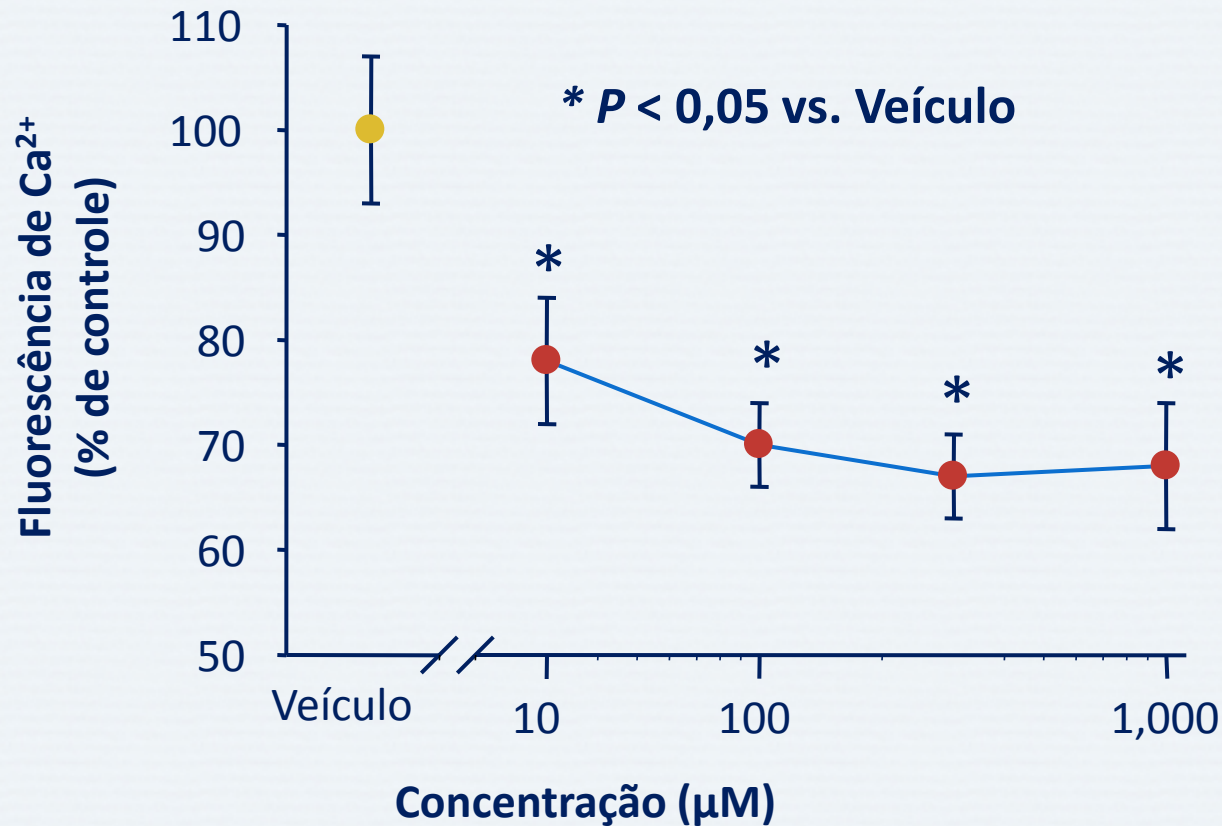


**Observação: a gabapentina e pregabalina são ligantes  $\alpha_2\delta$**

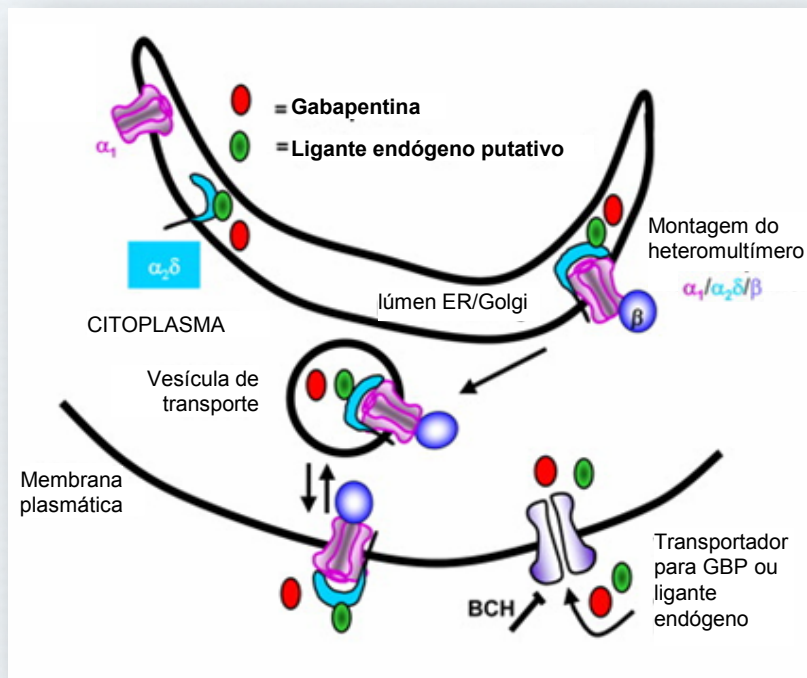
Arikkath and Campbell. *Curr Opin Neurobiol.* 2003;(3):298-307. Catterall 1996



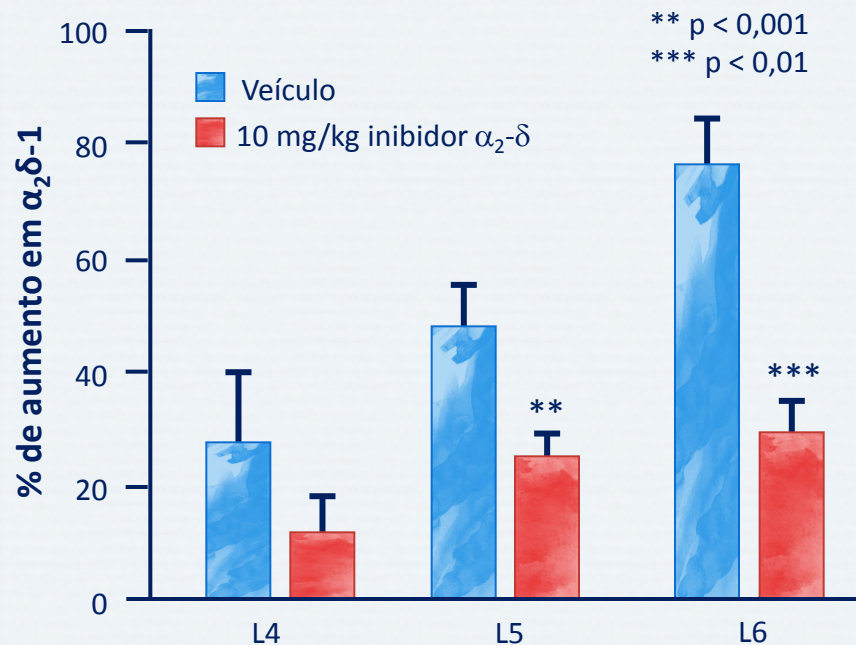
# Inibidores $\alpha_2$ - $\delta$ reduzem o Influxo de $\text{Ca}^{2+}$ em sinaptossomas do Neocórtex Humano Despolarizado



# Inibidores $\alpha_2$ - $\delta$ Modulam o Transporte do Canal $\text{Ca}^{2+}$



Hendrich. PNAS. 2008 105:3628-3633.



Bauer et al, J Neurosci. 2009 Apr 1;29(13):4076-88.

- Inibidores  $\alpha_2$ - $\delta$  reduzem o transporte de complexos VGCC na superfície celular *in vitro*
- Inibidores  $\alpha_2$ - $\delta$  impedem a *up-regulation* induzida por lesão nervosa de  $\alpha_2$ - $\delta$  no corno dorsal





# Efeitos adversos de ligantes $\alpha_2\delta$

---

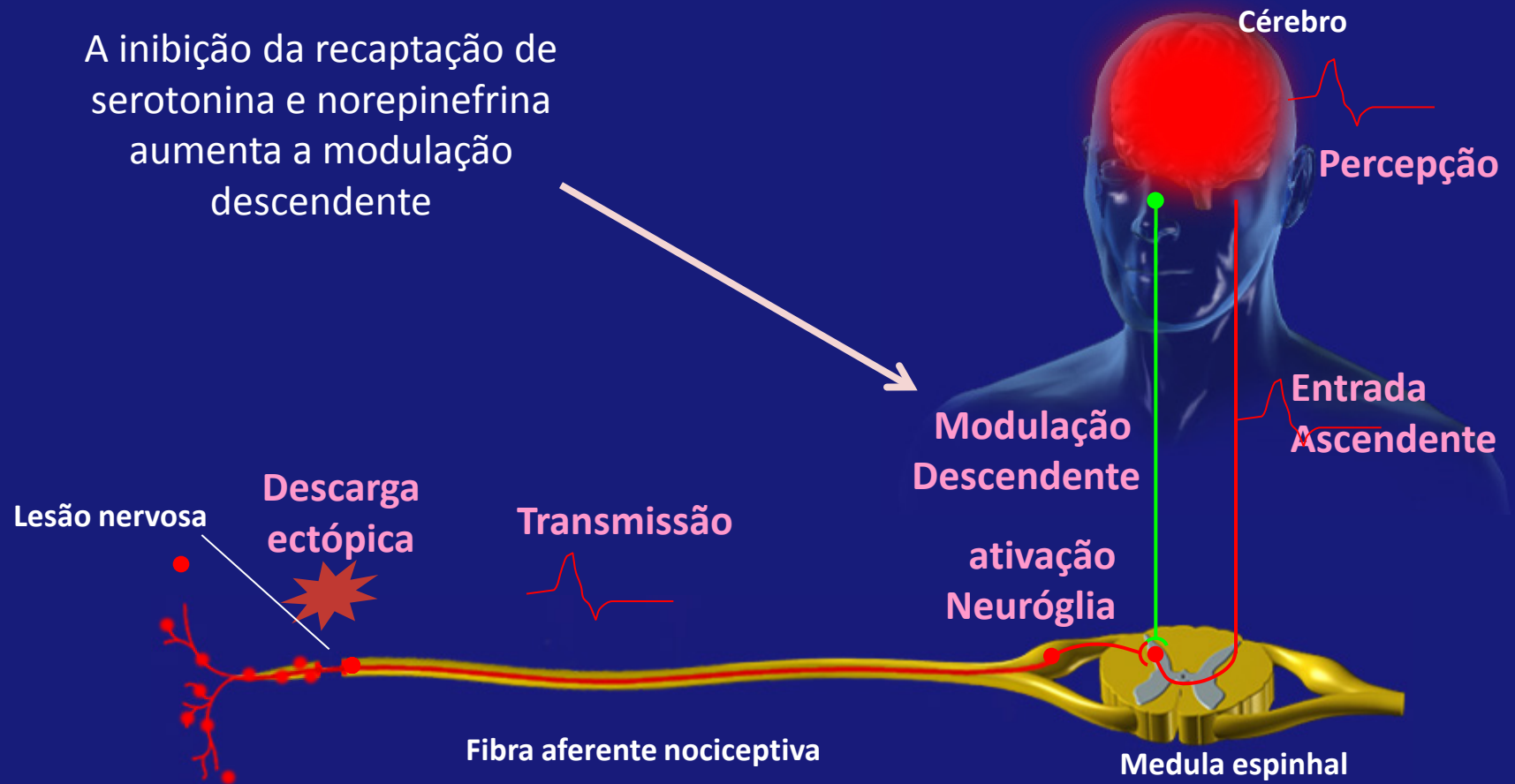
Sistema	Efeitos adversos
Sistema digestório	Boca seca
CNS	Tontura, sonolência
Outros	Astenia, cefaleia, edema periférico, ganho de peso

Os ligantes  $\alpha_2\delta$  incluem a gabapentina e pregabalina.

CNS = Sistema nervoso central

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8.

# Como os Antidepressivos Modulam a Dor





# Mecanismos Sugeridos da Ação Analgésica De Antidepressivos

Mecanismo de Ação	Local de Ação	TCA	SNRI
Inibição de recaptação	Serotonina Noradrenalina	+	+
Antagonismo do receptor	$\alpha$ -adrenérgico NMDA	+	- (+) milancipran
Bloqueio ou ativação dos canais de íon	Bloqueador do canal de sódio Bloqueador do canal de cálcio Ativador do canal de potássio	+	(+) venlafaxina/ - duloxetina ? ?
Aumento na função do receptor	Receptor GABA <sub>B</sub>	+ amitriplina/ desipramina	?
Ligação do receptor opioide/ Efeito mediado por opioide	Receptor M e $\delta$ opioide	(+)	(+) venlafaxina
Redução na inflamação	Redução da produção de PGE Redução da produção de TNF $\alpha$		



# Efeitos Adversos dos Antidepressivos

Sistema	TCA's	SNRIs
Sistema digestório	Constipação, boca seca, retenção urinária	Constipação, diarreia, boca seca, náusea, apetite reduzido
CNS	Distúrbios cognitivos, tontura, sonolência, sedação	Tontura, sonolência
Cardiovascular	Hipotensão ortostática, palpitações	Hipertensão
Outros	Visão embaçada, síncope, distúrbios ao andar, sudorese	Enzimas hepáticas elevadas, glicose plasmática elevada, sudorese



# Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática

## ETAPA 1

Inicie o tratamento com um ou mais tratamento de **primeira linha**:

- Ligantes  $\alpha_2\delta$  (gabapentina, pregabalina)
- SNRIs (duloxetina, milnacipran)
- TCAs\* (nortriptilina, desipramina)
- Lidocaína tópica (para dor periférica localizada)



## ETAPA 2

- Se houver alívio parcial da dor, acrescentar outra medicação de primeira linha
- Se houver alívio da dor inexistente ou inadequado, trocar para outra medicação de primeira linha



## ETAPA 3

Se as medicações de primeira linha isoladas e em combinação falharem, considere medicações de **segunda linha** (opioides, tramadol) ou medicações de **terceira linha** (bupropiona, citalopram, paroxetina, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato, ácido valproico, capsaicina tópica, dextrometorfano, memantina, mexiletina) ou encaminhe a um especialista em dor

\*Use TCAs aminos terciário como amitriptilina apenas se TCAs aminos secundários não estiverem disponíveis.

Observação: há suporte insuficiente para o uso de nsNSAIDs na dor neuropática

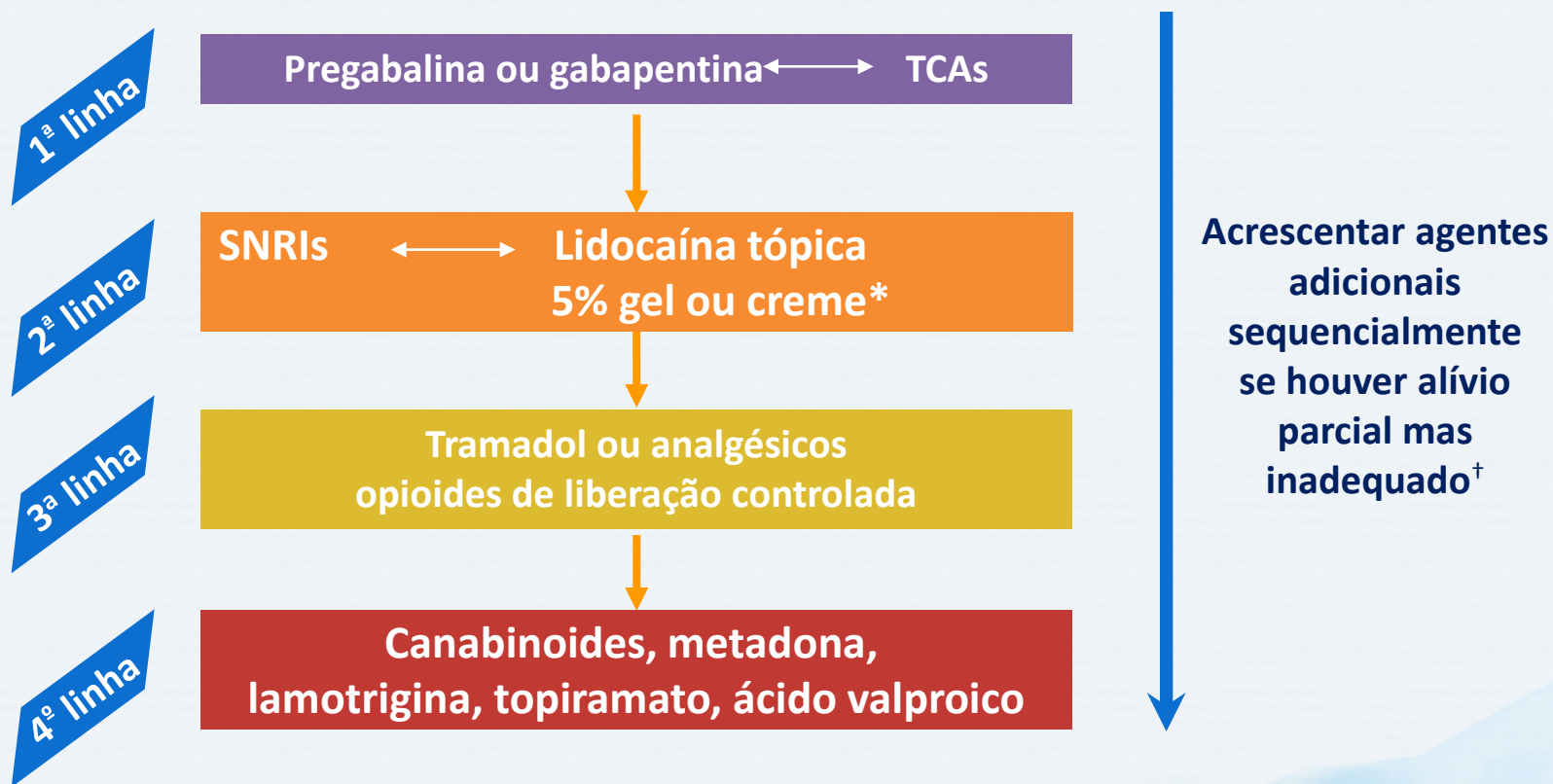
nsNSAID = medicamento antiinflamatório não esteroideal não específico; SNRI = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepressivo tricíclico

Dworkin RH et al. *Mayo Clin Proc* 2010; 85(3 Suppl):S3-14; Freynhagen R, Bennett MI. *BMJ* 2009; 339:b3002.



# Recomendações CPS para o Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática

## tratamento farmacológico gradual da dor neuropática



\*Útil para neuropatia focal, como neuralgia pós-herpética; <sup>†</sup>NÃO adicionar SNRIs a TCAs.

CPS = Canadian Pain Society; TCAs = antidepressivos tricíclicos; SNRIs = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina

Adaptador de Moulin DE et al. *Pain Res Manag.* 2007;12:13-21.



# Diretrizes AAN: Tratamento Farmacológico da DPN Dolorosa

---

1ª linha  
(nível A)

- Pregabalina

2ª linha  
(nível b)

- Gabapentina
- Duloxetina
- Amitriptilina
- Opioides
- Tramadol



# Diretrizes AAN: Tratamento Farmacológico de PHN

---

## 1<sup>a</sup> linha (nível A)

- TCAs (amitriptilina,\* nortriptilina,\*\* desipramina, maprotilina)
- Ligantes  $\alpha 2\delta$  (gabapentina, pregabalina)
- Opioides
- Adesivos de lidocaína tópica
- Metilprednisolona intratraqueal livre de conservantes

\*Amitriptilina tem efeitos cardíacos significativos em idosos quando comparada a nortriptilina e desipramina;

\*\*Evidências limitadas (nível B) para sustentar nortriptilina em relação a amitriptilina

Dubinsky RM *et al. Neurology* 2004;63(6):959-965.



# Diretrizes Latino-Americanas: Tratamento Farmacológico de NeP

---

## 1ª linha

- Ligantes  $\alpha 2\delta$  (gabapentina, pregabalina)
- TCAs (amitriptilina)

## 2ª linha

- Antidepressivos duplos (duloxetina)

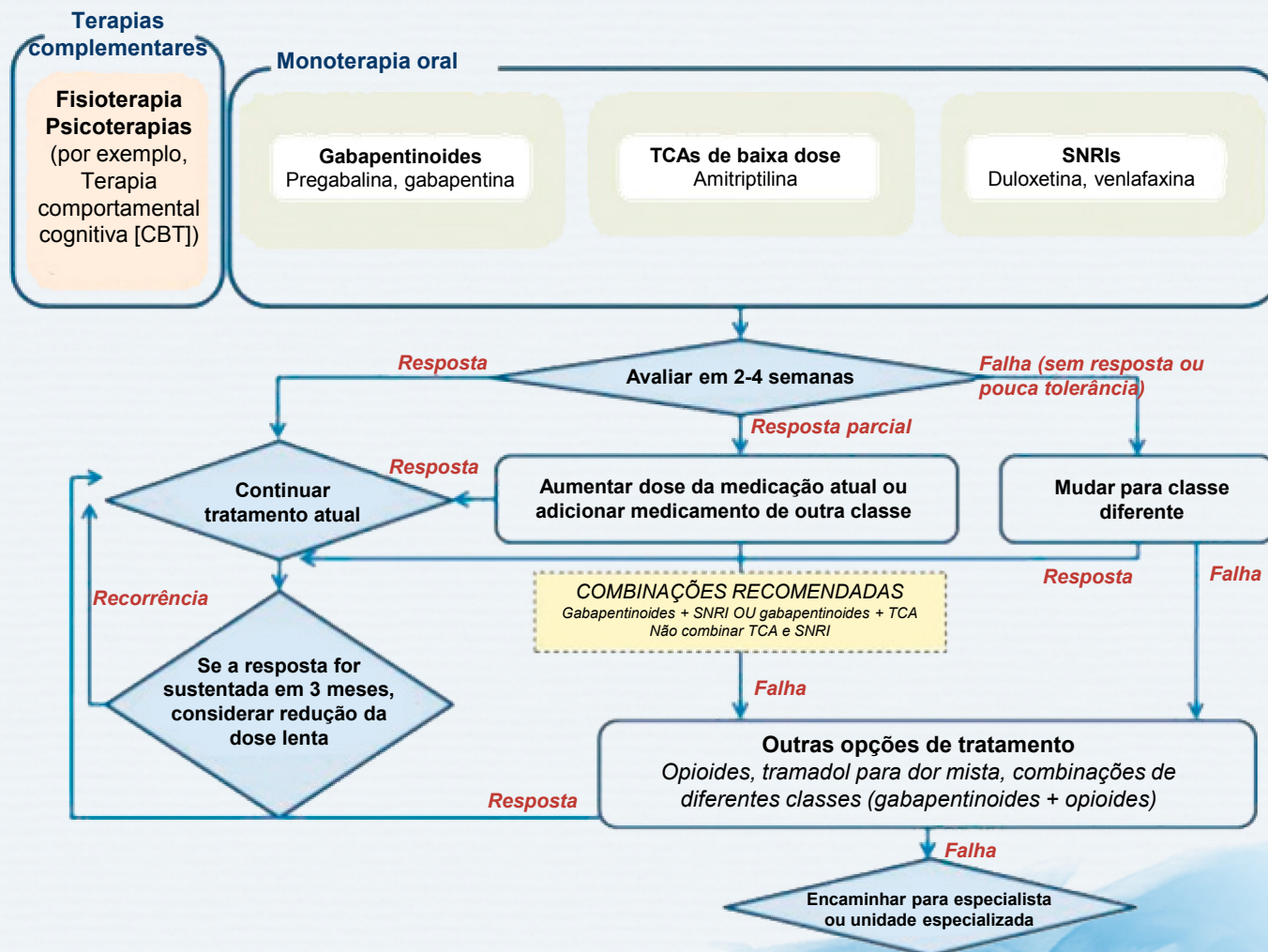
## 3ª linha

- Opioides fracos (tramadol)
- Anestésicos locais (lidocaína)

## 4ª linha

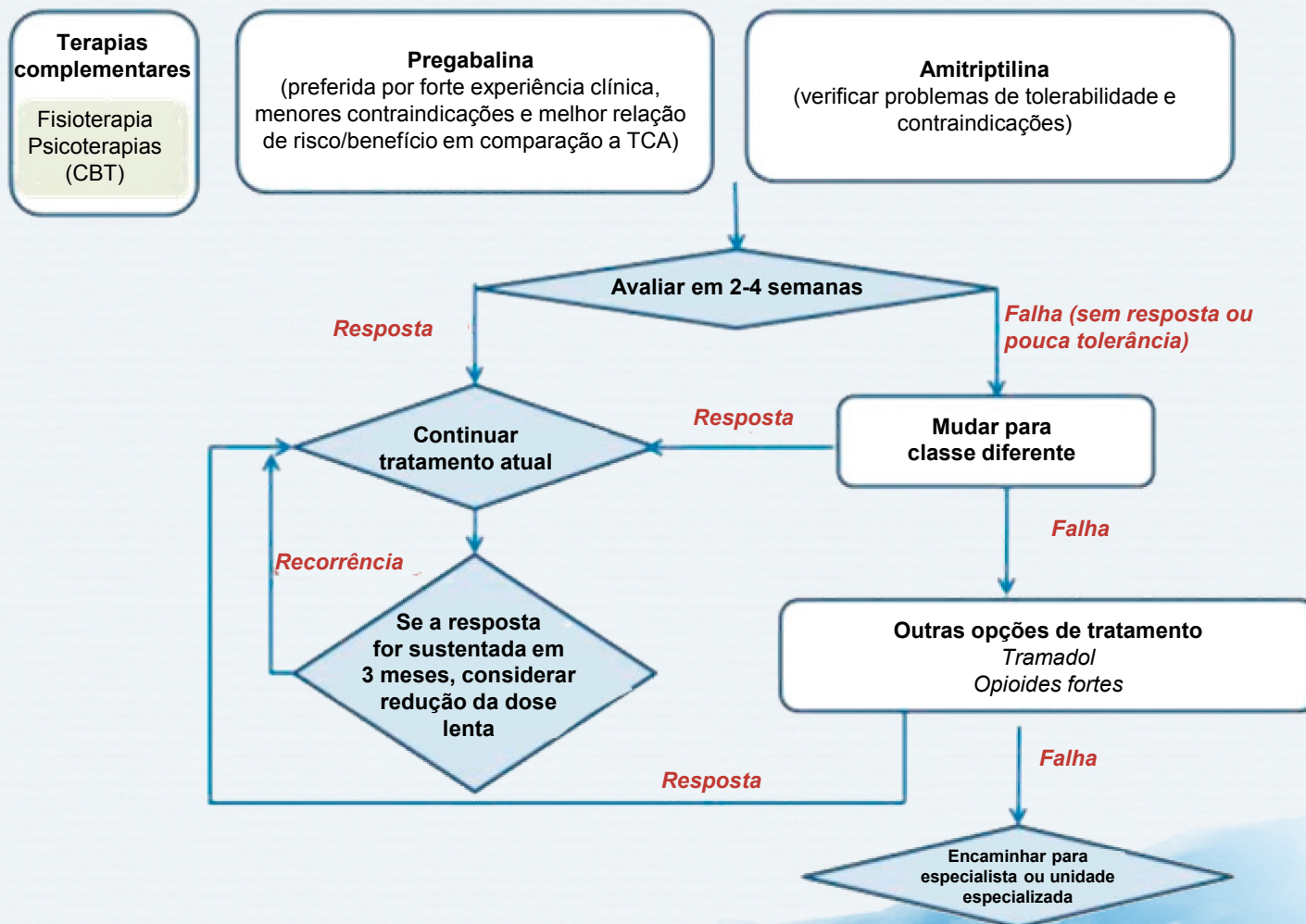
- SNRIs (fluoxetina), bloqueadores do canal  $\text{Na}^+$  (carbamazepina), inibidores da substância P (capsaicina), canabinoides, opioides fortes (morfina)

# Diretrizes Sul-Africanas: Algoritmo para o Tratamento de NeP Periférica Não Localizada





# Diretrizes Sul-Africanas: Algoritmo para o Tratamento de NeP Central



WU7 revisar a primeira linha das Notas do Palestrante

---





# Recomendações de Tratamento de Maghreb de fala francesa: Dor Neuropática Periférica

---

1<sup>a</sup> linha  
(nível A)

- Ligantes  $\alpha 2\delta$  (gabapentina, pregabalina)
- TCAs
- Lidocaína tópica

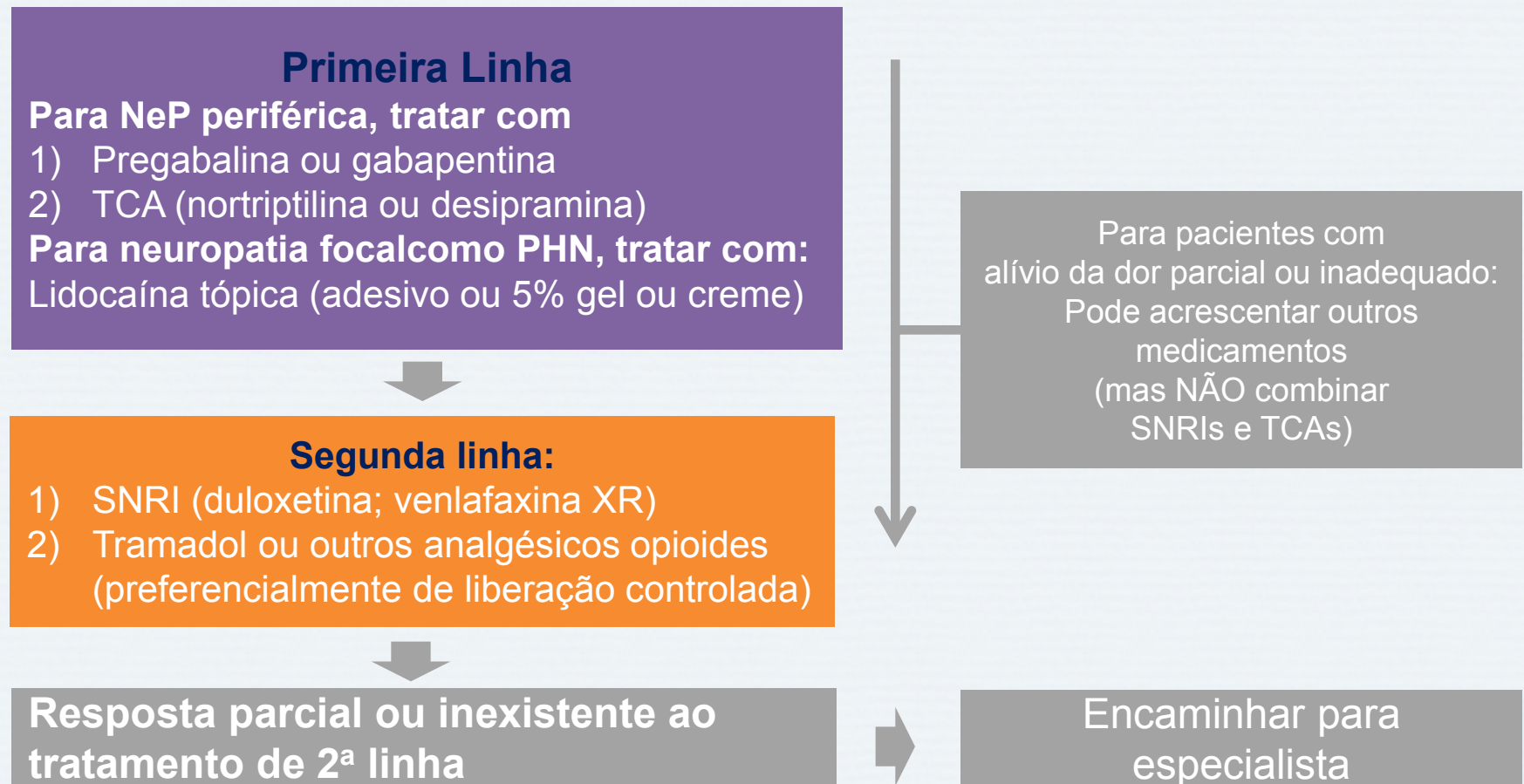
2<sup>a</sup> linha  
(nível b)

- SNRIs (venlafaxina-XR ou duloxetina)
- Tramadol



# Recomendações do Painel de Especialistas da Região do Oriente Médio:

## Algoritmo de Tratamento para NeP Periférica



\*Em pacientes com neuropatia focal pós-herpética com alodinia ou qualquer dor neuropática periférica associada a uma área pequena e localizada de alodinia  
NMDA = N-metil-D-aspartato; PHN = neuralgia pós-herpética; SNRI = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepressivo tricíclico; XR = liberação prolongada

Bohlega S et al. J Int Med Res. 2010;38(2):295-317.



# Recomendações de Tratamento de NeP Central para a Região do Oriente Médio

---

1ª linha

- Ligantes  $\alpha 2\delta$  (gabapentina, pregabalina)

Outros  
tratamentos

- Opioides\*
- SNRIs\*
- TCAs

\*O benefício parece ser notavelmente menor do que NeP periférico

NMDA = N-metil-D-aspartato; PHN = neuralgia pós-herpética; SNRI = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepressivo tricíclico

Bohlega S et al. *J Int Med Res.* 2010;38(2):295-317.

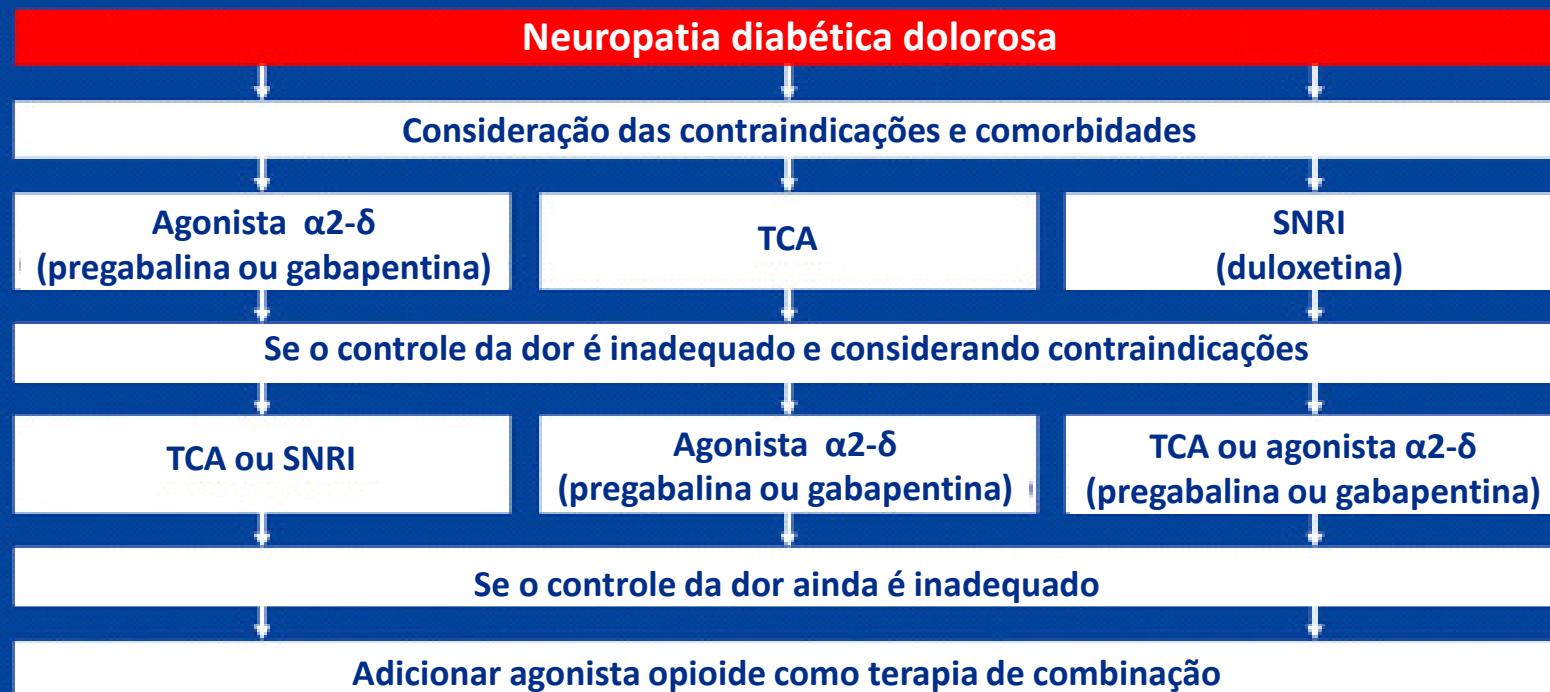
# Diretrizes da EFNS: Tratamento Farmacológico da NeP

	DPN	PHN	Trigeminal Neuralgia	Dor Central
1ª linha	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ligantes <math>\alpha 2\delta</math> (gabapentina, pregabalina)</li><li>• SNRIs (duloxetina, venlafaxina ER)</li><li>• TCAs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ligantes A2d (gabapentina, pregabalina)</li><li>• TCAs</li><li>• Emplastros de lidocaína</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gabamazepina</li><li>• Oxcarbazepina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ligantes <math>\alpha 2\delta</math> (gabapentina, pregabalina)</li><li>• TCAs</li></ul>
2ª ou 3ª linha	<ul style="list-style-type: none"><li>• Opioides</li><li>• Tramadol*</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capsaicina</li><li>• Opioides</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirurgia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Canabinoides (MS)</li><li>• Lamotrigina</li><li>• Opioides</li><li>• Tramadol (SCI)</li></ul>

\*Tramadol podem ser considerado de primeira linha em pacientes com exacerbações de dor, especialmente para a combinação de tramadol/acetaminofeno.  
Observação: Os tratamentos recomendados podem não estar licenciados para a indicação. O médico prescritor sempre deve estar ciente das contraindicações e precauções ao usar certos agentes em certos pacientes (ex., idosos).  
DPN = neuropatia periférica diabética; ER = liberação prolongada; MS = esclerose múltipla; NeP = dor neuropática; SCI = lesão da medula espinal  
Adaptado de Attal N *et al.* *Eur J Neurol.* 2010;17(9):1113-e88.



# Algoritmo de Tratamento para DPN Dolorosa



PDN = neuropatia diabética periférica; SNRI = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina  
TCA = antidepressivo tricíclico



# Seleção do Medicamento de Acordo com a Apresentação Clínica da Dor Neuropática

Medicações		Apresentação Clínica da Dor Neuropática				
		Queimação	Lancinante	Hiperalgesia	Alodinia	Parestesia, Disestesia
TCA	Amitriptilina	++	+/-	++	++	+
SNRI	Venlafaxina	+	+/-	+	+	+/-
	Duloxetina	++	+/-	++	+	+/-
Bloqueadores do canal Na <sup>+</sup> :	Carbamazepina	+/-	++	+	+	+
	Oxcarbazepina	+/-	++	+	+	+
Ligantes do canal Ca <sup>2+</sup> α <sub>2δ</sub>	Gabapentina	++	+/-	++	++	+
	Pregabalina	++	+/-	++	++	+
Opioides:	Tramadol	+	+/-	+	+	+
	Morfina	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-



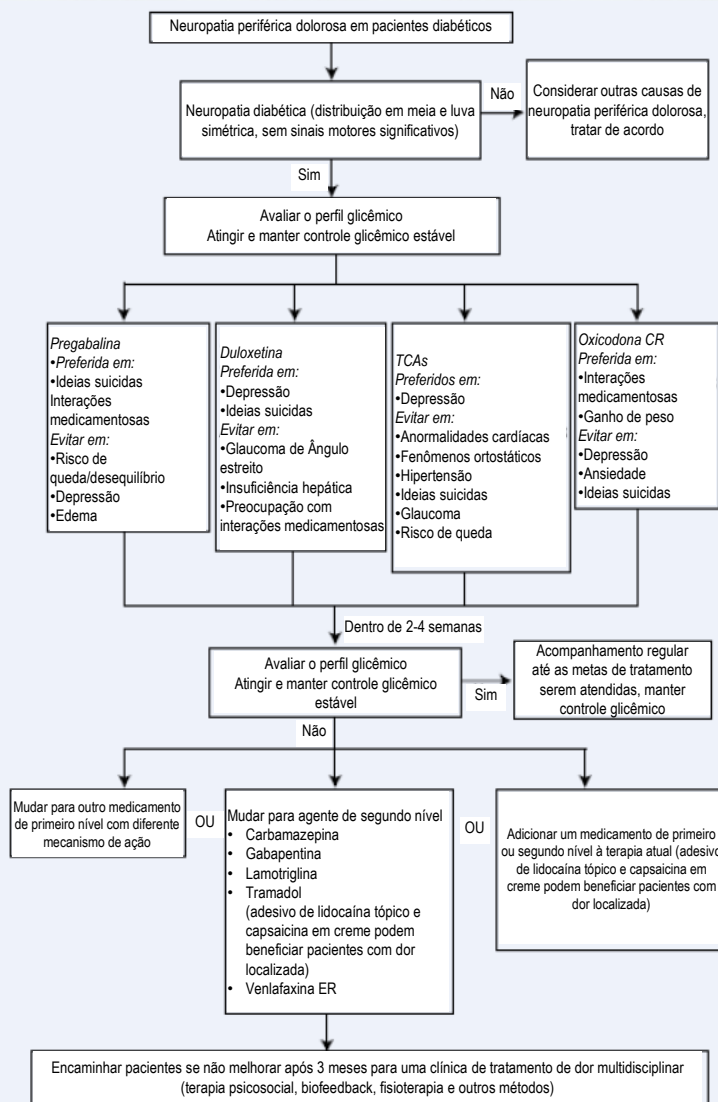
# Seleção do Medicamento de Acordo com as Doenças Causadoras da Dor Neuropática

Classe do Medicamento e Medicamento(s)	Tipo de Dor Neuropática				
	DPN	PHN	TGN	Dor no Membro Fantasma	Dor Central
<b>TCA</b> Amitriptilina	++	++	+/-	+	++
<b>SNRI</b> Venlafaxina Duloxetina	+	+	-	-	+/-
	++	+	-	-	+/-
<b>Bloqueadores do Canal Na<sup>+</sup></b> Carbamazepina Oxcarbazepina		+/-	++	+	+
	+/-	+/-	++	+	+
	+/-				
<b>Ligante do Canal Ca<sup>2+</sup> α2δ</b> Gabapentina Pregabalina	++	++	+/-	+	+
	++	++	+/-	+	+
<b>Opioide</b> Tramadol Morfina	+	+	-	+/-	+/-
	+/-	+/-	-	+/-	+/-

SNRI = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepressivo tricíclico

Thai CPG for Neuropathic Pain. Thai Association for the Study of Pain. 2009

# Diretrizes de Tratamento da Dor de Singapura para DPN Dolorosa





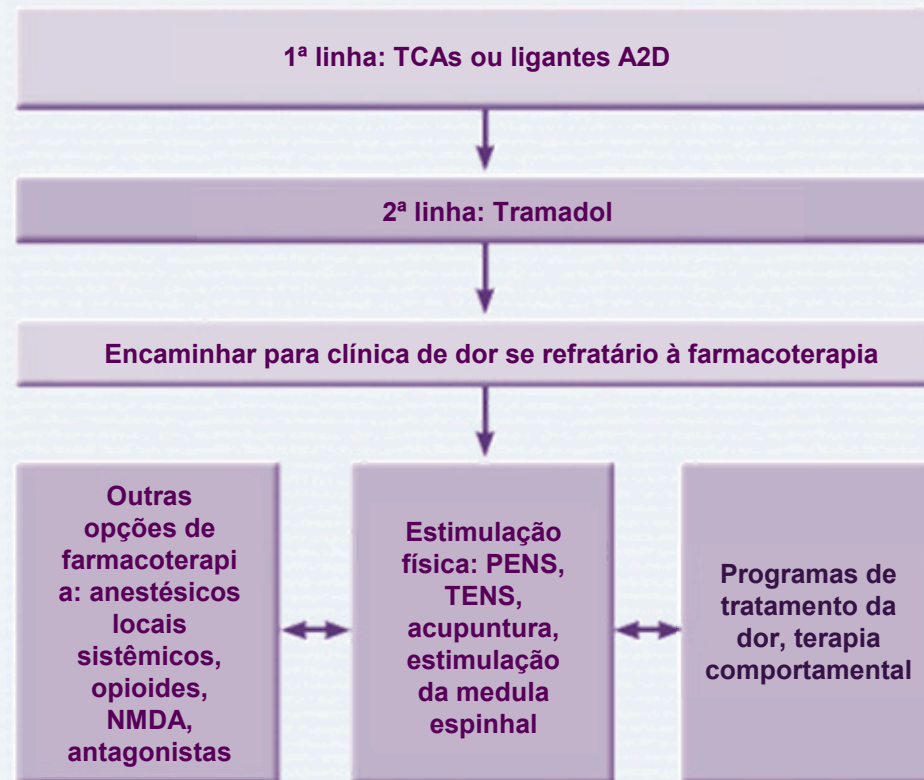
# Recomendações de tratamento PDN: Filipinas

---

<i><b>Tipo de agente</b></i>	<i><b>Motivo da recomendação</b></i>	<i><b>Agentes</b></i>
Primeiro nível	≥ 2 RCTs em PDN, resultados funcionais	Pregabalina, gabapentina, duloxetina
Segundo nível	1 RCT com PDN; ≥ 1 RCT em outras neuropatias dolorosas	Venlafaxina XR, oxicodona CR, tramadol, amitriptilina
Tópico	Mecanismo de ação	Lidocaína
Outros	Evidências insuficientes de qualquer recomendação	ácido alfa-lipoico, complexo de vitamina B, SSRIs, capsaicina

RCTs, estudos controlados randomizados; PDN, neuropatia diabética dolorosa; XR, liberação prolongada; CR, liberação controlada; SSRIs, inibidores seletivos da recaptação de serotonina. A venlafaxina não está aprovada para o tratamento da dor neuropática.

# Painel Multidisciplinar de Hong Kong sobre a Dor Neuropática: Recomendações de Tratamento para DPN Dolorosa







# Recomendações de Prescrição para Medicações de Primeira Linha

Medicação	Dose Inicial	Titulação	Dose máx.	Duração do estudo
Ligantes $\alpha_2\delta$				
Gabapentina	100–300 mg antes de dormir ou 3x/dia	↑ e 100–300 mg 3x/dia a cada 1–7 dias	3600 mg/dia	3–8 semanas + 2 semanas na dose máx.
Pregabalina	50 mg 3x/dia ou 75 mg 2x/dia	↑ para 300 mg/dia após 3–7 dias, depois 150 mg/dia a cada 3–7 dias	600 mg/dia	4 semanas
SNRIs				
Duloxetina	30 mg 1x/dia	↑ para 60 mg qd após 1 semana	60 mg bid	4 semanas
Venlafaxina	37,5 mg 1x/dia	↑ de 75 mg a cada semana	225 mg/dia	4–6 semanas
TCAs (desipramina, nortriptilina)	25 mg antes de dormir	↑ de 25 mg/dia a cada 3–7 dias	150 mg/dia	6–8 semanas, com ≥ 2 semanas na dose máx. tolerada
Lidocaína tópica	Max. 3 5% adesivos por 12 h no máx.	Nenhuma necessária	Máx. 3 patches/dia for 12–18 h max.	3 semanas

**SNRI = inibidor da recaptação de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepressivo tricíclico**

Dworkin RH et al. *Mayo Clin Proc* 2010 ; 85(3 Suppl):S3-14.



# Mas... os Pacientes com Dor Crônica de Apenas Um Tipo de Patofisiologia de Dor Podem ser Raros

- Os pacientes podem ter diferentes mecanismos patofisiológicos que contribuem para a dor
  - por exemplo, síndrome de dor regional complexa tem múltiplos possíveis mecanismos, incluindo lesão e inflamação do nervo – “estado misto de dor”



- As terapias que funcionarão melhor para um determinado paciente provavelmente dependem dos mecanismos que contribuem para a dor do paciente



- Os pacientes com dor mista podem se beneficiar com a terapia de combinação

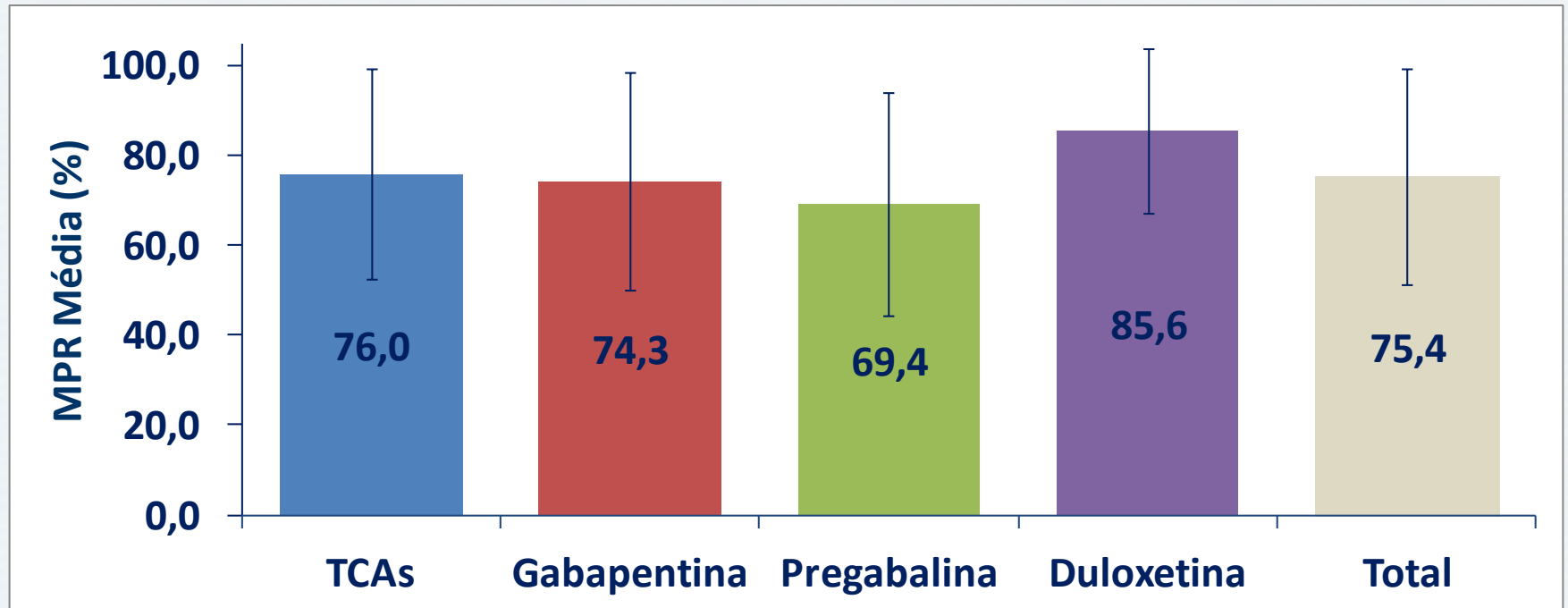
---

# Adesão





# Adesão às Medicações para Dor Neuropática em Pacientes Abaixo do Ideal com DPN Dolorosa



**A falta de adesão à medicação NeP (isto é, MPR < 80%) foi significativamente associada à não adesão a terapias anti-hiperglicêmicas**



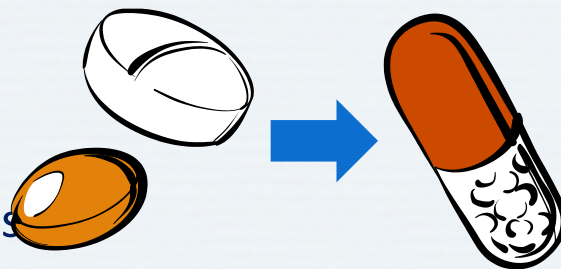
# Estratégias para Melhorar a Adesão

---

- **S**implificar o regime
- Transmitir conhecimento
- **M**odificar as crenças do paciente e o comportamento humano
- **P**roporcionar comunicação e confiança
- **L**argar as tendências
- Avaliar a aderência

# Simplificar o Regime de Medicação

- Se possível, ajuste o regime para minimizar:
  - Número de pílulas ingeridas
  - Número de doses por dia
  - Exigências especiais (por exemplo, dose antes de dormir, evitar tomar a medicação junto com alimentos, etc.)



- Recomendar que todas as medicações sejam tomadas no mesmo período do dia (se possível)
- Relacionar a administração do medicamento com as atividades diárias, como escovar os dentes ou comer
- Encorajar o uso dos suportes para adesão, como organizadores de medicação e alarmes





# Transmitir Conhecimento

---

- Dar instruções claras e concisas (escritas e verbais) para cada prescrição
- Certifique-se de fornecer informações em um nível no qual o paciente consiga entender
- Envolver os membros da família, se possível
- Forneça apostilas e/ou sites confiáveis para os pacientes terem acesso a informações sobre sua doença
- Forneça orientação concreta sobre como lidar com o custo das medicações



# Modificação das Crenças e Comportamentos do Paciente:

## Técnica de Entrevista Motivacional

Técnicas	Exemplos
----------	----------

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| • Mostre empatia             | • "É normal se preocupar com os efeitos colaterais da medicação"  |
| • Desenvolva a discrepância  | • "Você obviamente se importa com sua saúde; como você acha que o fato de não tomar suas pílulas afeta isso?" |
| • Trabalhe com a resistência | • "Entendo que você tem várias outras coisas com as quais se preocupar, além de tomar suas pílulas"           |
| • Apoie a autoeficácia       | • "Parece que você se esforçou muito para incluir a nova medicação em sua rotina"                             |

# Proporcionar Comunicação e Confiança: Dicas de Comunicação

- Seja um ouvinte ativo
  - Foque no paciente
  - Acene com a cabeça e sorria para mostrar que você entende
- Faça contato visual



- Esteja ciente de sua própria linguagem corporal
  - Encare o paciente
  - Mantenha os braços descruzados
  - Tire as mãos dos bolsos
- Reconheça e interprete as dicas não verbais



# Deixando as Tendências

Reconheça  
as  
tendências




Aprenda mais sobre como o pouco conhecimento sobre a saúde pode afetar os resultados do paciente



Especificamente pergunte sobre as atitudes, crenças e normas culturais em relação à medicação



Ajuste a comunicação às crenças e ao nível de compreensão do paciente



# Avaliando a Adesão: Estratégia de 4 Etapas para Detectar a Não Adesão

---

1

Faça uma pergunta aberta sobre o uso do medicamento



2

Padronize e universalize a não aderência para reverter o ambiente de julgamento



3

Torne claro o papel das informações precisas sobre a adesão para a tomada de decisão médica



4

Não pergunte sobre doses "esquecidas" ou "puladas" até que as 3 primeiras etapas tenham preparado o cenário



---

# Resumo

A decorative blue watercolor splash is located in the bottom right corner of the slide, blending into the light blue background.





# Tratamento: Resumo

---

- Devem ser estabelecidas metas de tratamento realistas juntamente com o paciente
- A maioria das diretrizes de tratamento considera os TCAs e os ligantes  $\alpha_2$  como terapia de primeira linha para a maioria dos tipos de NeP
  - Lidocaína tópica também deve ser considerada na neuropatia focal
  - As recomendações de diretrizes diferem quanto ao uso de SNRIs, opioides e tramadol em vários tipos de NeP
- Tratamentos não farmacológicos devem ser considerados tratamento complementar à terapia farmacológica sempre que apropriado
  - TENS é a única modalidade de tratamento não farmacológico recomendada pela maioria das diretrizes