



Colégio da Competência em Medicina da Dor da Ordem dos Médicos

07 Maio 2020

Assunto: *Recomendações no contexto da normalização progressiva da atividade de cuidados de saúde no período de contingência de Pandemia de COVID-19*

ÍNDICE

A. OBJECTIVO	2
B. PREÂMBULO	2
C. PLANO DE DESCONFINAMENTO PROGRESSIVO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL	4
D. GESTÃO DE RISCO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE E UTENTE.....	5
BIBLIOGRAFIA	9



A. OBJECTIVO

As recomendações emitidas pelo Colégio de Medicina de Dor (CMD) da Ordem dos Médicos (OM) visam a normalização progressiva da atividade assistencial das Unidades de Medicina de Dor (UMD). Pretendem garantir a acessibilidade do doente às consultas e tratamentos específicos, bem como maximizar a proteção dos pacientes na sua deslocação e permanência nas Unidades e também dos profissionais no exercício da sua atividade assistencial.

A elaboração destas recomendações é realizada à luz dos conhecimentos atuais e poderão ter de ser atualizadas em função da evolução da pandemia COVID- 19 e dos conhecimentos científicos adquiridos.

B. PREÂMBULO

Consideraram-se alguns pressupostos /incertezas

1. Sensibilidade e especificidade dos testes de diagnóstico, e variabilidade ao longo da doença;
2. Se a imunidade adquirida é suficiente e duradoura;
3. Se a medicação analgésica pode ter algum tipo de influência sobre a evolução e prognóstico da doença COVID;
4. Se as técnicas invasivas podem aumentar o risco de infeção COVID 19;
5. Risco de recaída ou reinfeção com SARS-CoV2.

Recentemente, UE emitiu diretrizes aos Estados membros para a evolução da crise pandémica que interessará rever (Roteiro Europeu Comum para levantamento de medidas de contenção da COVID-19 (2020 / C 126/01)

[https://eurlex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020XC0417\(06\)&from=ES](https://eurlex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020XC0417(06)&from=ES)

As recomendações apresentadas têm em consideração que foi efetuada uma redução brusca e assimétrica da atividade assistencial, pelo que a retoma deve ser progressiva e é um imperativo clínico e ético. Por retoma entende-se atividade assistencial e gestão terapêutica, garantindo a acessibilidade, segurança, ponderação risco/ benefício em função da evolução epidemiológica local.



COLÉGIO DA COMPETÊNCIA EM MEDICINA DA DOR

O período de paralisa da atividade assistencial programada gerou uma lista de espera de consultas e procedimentos que terá de ser equacionada. As situações de dor não controlada, poderão agravar a vulnerabilidade individual e desequilibrar a acessibilidade aos recursos de saúde. O confinamento a que os utentes foram submetidos como medida de controlo da pandemia, aumentou o isolamento e o impacto biopsicossocial e socioeconómico, traduzindo-se em limitação de acesso a cuidados de saúde e de manutenção terapêutica. A repercussão direta e indireta gerada nos sistemas sanitários apresenta contornos que urge definir.

Sendo conhecida a elevada contagiosidade em portadores assintomáticos e nas fases iniciais de doença, o risco deverá ser muito bem ponderado, para o utente e para os profissionais de saúde, mesmo utilizando proteção “eficaz”.

A população que recorre às UMD, é maioritariamente idosa (acima dos 70 anos), com elevada prevalência de doença oncológica ativa e/ou em estadios avançados de doença e de outras comorbilidades, pelo que se considera uma população de alto risco para infeção SARS-CoV2. Será objetivo prioritário das UMD, a proteção dos seus utentes de eventuais fontes de contágio.

A seleção adequada do doente em presença física, será fundamental para minimizar este risco.

Como tal, o desafio que se coloca nas UMD é a definição dos critérios excecionais, que possam com segurança relativa definir a exequibilidade de consultas diferidas, consultas não presenciais, consultas presenciais e tratamentos.

Competirá ao médico a gestão dos contributos e da administração dos atos médicos inerentes assim como o controlo das suas agendas.



C. PLANO DE DESCONFINAMENTO PROGRESSIVO DA ATIVIDADE ASSISTENCIAL

Deve ser exigida a possibilidade de acesso de todos os profissionais médicos ao Registo de Saúde Eletrónico (RSE) no sentido de otimizar a transmissão e gestão de informação.

1. A **consulta não presencial**, deverá ser preferida, sempre que o impacto da dor sobre o doente não seja relevante e seja facilmente controlável com medidas de gestão medicamentosa acessíveis a qualquer prescriptor.

Este formato de consulta, deverá obter o consentimento do doente e poderá ser realizada, quando existe conhecimento prévio do doente/cuidador, em situações de previsível estabilidade da doença e da terapêutica e de adequada gestão medicamentosa, desde que garantidas as avaliações que permitam segurança no diagnóstico do quadro algico e da abordagem terapêutica, bem como a perceção pelo doente e/ou cuidador direto do plano terapêutico e seu adequado cumprimento

De acordo com a estratégia estabelecida em cada consulta, este circuito é dinâmico e poderá alterar-se, podendo justificar-se uma consulta subsequente presencial.

O sistema informático clínico de cada instituição deve permitir que a consulta não presencial tenha um registo específico.

Pelo desconhecimento da duração da pandemia COVID 19, sugere-se que as instituições hospitalares possam desenvolver formas de consultas não presenciais com o maior segurança possível, sugerindo-se a implementação de plataformas de comunicação respeitando os artigos 47-49 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Salienta-se que outras consultas não médicas no âmbito da UMD, deverão complementar estas consultas, tais como os contactos telefónicos de enfermagem, consulta de Psicologia clínica, consulta de Nutrição e outras desejáveis à abordagem multimodal do doente.

Neste tipo de consulta deverá ser incentivada e facilitada a articulação clínica interpares.

2. A **necessidade de consulta presencial** deverá ser criteriosamente decidida pelo médico, tendo em conta, na avaliação risco-benefício desta decisão, entre outros fatores inerentes ao doente e à doença, bem como evolução epidemiológica da pandemia. (*Anexo 1*)

Serão imprescindíveis sempre que haja previsibilidade de quadro algico complexo, escassa informação clínica que permita validação segura diagnóstica, obrigatoriedade de exame objetivo para esclarecimento do quadro clínico, necessidade de equacionar solicitação de meios auxiliares de diagnóstico e eventualidade de terapêutica farmacológica complexa com necessidade de ensino específico ou necessidade de técnicas de intervenção.



O período de permanência do doente na sala de espera e em gabinete de consulta deverão ser minimizados, pelo que será necessário o cumprimento rigoroso do horário de agendamento.

Esta atividade deverá garantir o circuito seguro do doente e ser realizada no menor tempo possível, minimizando tempos mortos em sala de espera, gabinete de consulta e sala de procedimentos. Evitar a troca física de meios auxiliares de diagnóstico.

3. **As consultas internas**, deverão ter em conta a restrição à circulação dos profissionais pelo internamento hospitalar. Assim, a informação clínica e a avaliação diária da sua eficácia prestada pelo médico assistente serão a base da abordagem terapêutica.
Se existir falência terapêutica, que justifique avaliação direta do doente pelo médico da UMD, esta deverá ser realizada mediante o recurso à EPI definida nos cuidados prestados ao doente internado.
4. **As técnicas minimamente invasivas ou invasivas** em MD, constituem abordagens de proximidade, pelo que deverão ser especialmente ponderados na relação risco-benefício para o doente e risco de contágio para o doente e profissional (*Anexo 2*).

D. GESTÃO DE RISCO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE E UTENTE

1. RISCOS PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

A avaliação clínica em UMD, é tendencialmente uma avaliação prolongada (> 30 minutos e <1 hora) e multidimensional, quer na colheita da história clínica, quer na necessidade de exame objetivo, o que aumenta o tempo de exposição do profissional e exige abordagens de proximidade (<1 metro).

A seleção adequada dos EPI pelo profissional que realiza a consulta presencial e/ou tratamentos nas Unidades de Dor é por isso imperativa, de acordo com as normas da DGS. 007/2020 - 29.3.2020
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020.aspx>

2. RISCOS PARA OS UTENTES

Recomenda-se a implementação de medidas gerais deixando em aberto a possibilidade de se adicionarem medidas específicas, atendendo às diversas realidades definidas pelas Instituições. É recomendável efetuar inquérito de triagem para COVID-19 antes de qualquer consulta presencial.



NA SALA DE ESPERA:

- Garantir o distanciamento social mínimo (2 metros) e minimizar o tempo de espera para consulta;
- Apresentar máscara Cirúrgica devidamente colocadas e higienização de mãos, antes e após consulta;
- O Utente não deverá comparecer com acompanhante (exceção para população vulnerável);
- É imprescindível o estabelecimento de um plano coerente de higienização sob supervisão.

RECOMENDAÇÕES NAS UMD

- Nos gabinetes de consulta das UMD devem ser observadas as mesmas disposições descritas para a sala de espera uma vez que se tratam de regras gerais aceites por todos.
- O risco de contaminação do doente e profissional de saúde em período de pandemia COVID 19 é bidirecional; todas as recomendações devem entrar em consideração com esta premissa.
- Recomenda-se demonstrar os padrões de proteção por meios audiovisuais e / ou posters afixados nas salas de espera.
- Nos atos assistenciais em presença física será obrigatório implementar medidas de utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) de forma a minimizar o risco profissional, tendo em atenção que o exame objetivo requer proximidade inferior a 1 metro.
 - O médico deverá utilizar roupa descartável ou lavada no hospital.
 - O ato médico deverá ser realizada (consoante a situação) com máscara FP1 / máscara cirúrgica com viseira /máscara FP2.
 - Em situação de proximidade deverá ser utilizada bata impermeável de TNT que deverá ser descartada entre cada doente.
 - Se existir recurso a avental plástico colocado sobre a bata descartável TNT, apenas se descarta o avental plástico.
 - Garantir a higienização do gabinete, equipamentos, mobiliário, marquês e chão após saída do doente e sempre que indicado.
- Garantir a prescrição eletrónica de receituário.
- A priorização entre pacientes urgentes, e não urgentes deverá ser definida por cada médico da UMD.
- Deve ser enquadrado o apoio a utentes por falência de outras especialidades ou áreas assistenciais.
- Sugere-se que seja assumida a redução do nº de doentes avaliados.
- Deve ter-se particular atenção à utilização de técnicas específicas das UMD; perfusões (Anestésicos locais / Cetamina), enchimento de bombas intratecais, programação/ revisão de neuro-estimuladores, que exijam um maior período (geralmente superior a 15 minutos) de contato com o paciente.
- Em relação á utilização de AINE é recomendada avaliação individual e considerar outras opções sempre que possível (paracetamol). Deve ser considerado o efeito antipirético.
- Técnicas interventivas só devem ser realizadas se forem absolutamente necessárias.
- O Ensino, Avaliações e a Investigação clínica devem ser minimizados ou suspensos nesta fase.



ANEXO 1

CONSULTAS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

TRIAGEM - CLÍNICA/UNIDADE DE DOR		
URGÊNCIA		
EMERGENTE/URGENTE¹	<p>Dor Oncológica</p> <p>Complicações da intervenção/ procedimentos efetuados</p> <p>Dor de elevada intensidade com necessidade de escalada de opioides</p> <p>Avaliação de um síndrome regional complexo agudo</p> <p>Cefaleia ou nevralgia do trigémeo, severa e intratável</p> <p>Dor aguda ou exacerbação desta, com grande probabilidade de o doente recorrer ao Serviço de Urgência</p>	<p>Avaliação presencial, avaliação por teleconsulta se existir risco elevado de infeção (doente ou área específica)</p>
ELETIVO	<p>Lombalgia, cervicalgia</p> <p>Dor crónica músculo esquelética</p> <p>Artrites</p> <p>Dor miofascial</p> <p>Cefaleia crónica</p> <p>Fibromialgia</p> <p>Dor crónica abdominal ou pélvica</p> <p>Cefaleias crónicas</p> <p>Doenças do tecido conjuntivo</p> <p>Renovação de receituário</p> <p>Segundas opiniões</p>	<p>Adiar consulta presencial ou avaliação por teleconsulta</p>

1 Para situações consideradas urgentes, discutir e avaliar os riscos e benefícios com o doente, pessoal clínico envolvido, Diretor/responsável da Unidade - Poderá ser efetuado se os recursos forem adequados.

Modificado de: Cohen S P, et al. Pain Management Best Practices from Multispecialty Organizations during the COVID-19 Pandemic and Public Health Crises. American Academy of Pain Medicine 2020.



ANEXO 2

PROCEDIMENTOS INVASIVOS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

TRIAGEM NA INTERVENÇÃO / PROCEDIMENTOS – RECOMENDAÇÕES		
CLASSIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	TIPO DE PROCEDIMENTO	DECISÃO
EMERGENTE	Qualquer complicação em doente com implante recente Exemplo: infeção ou deiscência de sutura Segundo tempo de um implante de gânglio da raiz dorsal (DRG) ou estimulador elétrico medular (SCS) Patch de sangue epidural para cefaleia pós punção de dura ou hipotensão intra craniana intratável Migração de eletrodo SCS ou DRG, com défice neurológico ou dor intratável Preenchimento de bomba intra tecal ou mau funcionamento (avaria) Cateter epidural ou para vertebral ou outra técnica para fratura de costelas.	Efetuar, não adiar
URGENTE (CONSIDERAR CASO A CASO³)	Bloqueios neurolíticos para dor oncológica refratária Administração epidural de corticoides para tratamento de hérnia discal aguda Vertebroplastia ou cifoplastia por fratura compressiva vertebral, com dor aguda refratária Substituição de neuro estimulador quando exista uma grande probabilidade de descompensação por interrupção abrupta da terapêutica. Bloqueio simpático para síndrome Regional Complexo recente após fracasso do tratamento conservador Tratamentos para dor aguda axial ou irradiada, refratária ou em exacerbação aguda, em que existe uma elevada probabilidade de incapacidade física ou psicológica (ex. tratamentos por radiofrequência) Síndromes de compressão nervo, incapacitante, com défice neurológico Cefaleia aguda com provável resposta aos bloqueios (ex. neuralgia do occipital, neuralgia do trigémeo).	Considerar e riscos e benefícios com o doente e com a equipa. Poderá ser efetuado após avaliação se os recursos forem adequados
ELECTIVO	Infiltração epidural para tratamento de dor crónica Bloqueio radicular selectivo Bloqueio diagnóstico selectivo do ramo médio, a maioria dos bloqueios intrarticular facetários e repetição de lesão por radio frequência, preventiva de dor crónica Infiltração trigger points Discografia diagnóstica Infiltrações intraarticulares (anca, joelho, ...) Neuromodulação (neuroestimulação medular convencional ou estimulação de nervo periférico) Cetamina e outras perfusões EV (a não ser que estejam em curso ou se verifique risco na suspensão)	Adiar ou cancelar



BIBLIOGRAFIA

- *Cohen S P, et al. Pain Management Best Practices from Multispecialty Organizations during the COVID-19 Pandemic and Public Health Crises. American Academy of Pain Medicine 2020.*
- *Recomendaciones asistenciales de la Sociedad Española del Dolor (SED) ante la normalización progresiva de la actividad asistencial en la pandemia por COVID-19*
- *Direção Geral de Saúde (DGS)*
- *Organização Mundial de Saúde*