

O seguinte protocolo de manejo da dor foi preparado para que seja global e levou-se em conta não somente as diferentes modalidades analgésicas como também o acesso aos fármacos no mundo inteiro. A aplicação deverá ser guiada pelas necessidades analgésicas específicas e as necessidades de cada indivíduo em particular. Este protocolo foi reproduzido a partir do “Tratado Global da dor da WSAVA”, inclui uma revisão resumida porém completa sobre o reconhecimento da dor, suas diferentes modalidades, e o tratamento para os distintos cenários da dor em cães e gatos. O Tratado Global da dor da WSAVA foi publicado no Journal of Small Animal Practice e está disponível na forma de livre acesso no site www.wsava.org na seção do Conselho global da dor.

Orquiectomia e ovariohisterectomia/ ovariectomia: GATOS

A dor ocasionada pela orquiectomia e ovariohisterectomia/ovariectomia realizada em gatos tem graduações que varia segundo o nível de trauma tecidual gerado pela cirurgia. Por tal motivo, o procedimento deve ocasionar o menor dano possível, cuidadosa manipulação dos tecidos e seguindo os bons princípios cirúrgicos. A anestesia geral e a analgesia preventiva/multimodal são altamente recomendadas. Existem várias opções de protocolos para o manejo perioperatório. O protocolo que se encontra abaixo é um exemplo. O tratamento pós-operatório com analgésicos pode ser necessário até 3 dias após a cirurgia.

Orquiectomia.

Pré-operatório

- *Neuroleptoanalgesia* que inclui opioides + acepromazina (0,01- 0,05 mg/kg) ou um agonista alfa 2 adrenergico +/- quetamina (5-10 mg/kg IM: as doses altas são recomendadas para gatos difíceis de manipular).

Indução da anestesia: em alguns gatos, um opioide, um agonista alfa 2 adrenergico e quetamina são suficientes para uma adequada analgesia e anestesia para orquiectomia.

- *Intravenosa:* Propofol até o efeito desejado (3-10 mg/kg), quetamina (3-5 mg/kg) + diazepam ou midazolam (0,25 mg/kg), alfaxalone (3- 5 mg/kg). Nota: se foi utilizado um alfa 2 adrenergico no pré-operatório estas doses devem ser diminuídas.
- *Intramuscular:* um agonista alfa 2 adrenergicos + quetamina (5-10 mg/kg) ou tiletamina/zolazepam (3-4 mg/kg).

Manutenção da anestesia: anestesia inalatória, quetamina, propofol ou alfaxalone IV até o efeito desejado.

Nota: em muitos casos a orquiectomia pode ser realizada sem a necessidade de manutenção; porém, deve-se ter um plano alternativo em, caso de complicações ou necessidade de estender o tempo da anestesia. Deve-se ter à mão o equipamento necessário para intubação traqueal.

Técnicas de anestesia local: Bloqueio intratesticular e infiltrações cutâneas pré e/ou pós-cirurgia com lidocaína.

Analgesia pós-operatória: AINEs.

Protocolo sem fármacos controladas.

Pré-operatório: combinação de um AINE e um agonista alfa 2 adrenergico.
Outras alternativas, ver acima.

Protocolo com limitada disponibilidade de analgésicos.

Pré-operatório: agonistas alfa 2 adrenérgicos +/- AINEs.

Indução e manutenção da anestesia: qualquer agente indutor disponível, injetável ou inalatório.

Técnicas de anestesia local: bloqueio intratesticular e infiltrações cutâneas pré e/ou pós-cirurgia com lidocaína.

Analgesia pós-operatória: AINEs.

Ovariohisterectomia/ Ovariectomia.

Pré-operatório

- *Analgesia:* opioides +/- quetamina (5- 10 mg/kg IM: as doses mais altas são recomendadas para gatos difíceis de manipular).
- *Sedação:* acepromazina (0,01- 0,05 mg/kg) ou um agonista alfa 2 adrenérgico.

Indução da anestesia:

- *Intravenosa:* Propofol até o efeito desejado (3- 10 mg/kg), quetamina (3-5 mg/kg) + diazepam ou midazolam (0,25 mg/kg), alfaxalone (3- 5 mg/kg). Nota: se foi utilizado um agonista alfa 2 adrenérgico no pré-anestésico, as doses devem ser diminuídas.
- *Intramuscular:* um agonista alfa 2 adrenérgico + quetamina (5-10 mg/kg) ou tiletamina/zolazepam (3-4 mg/kg).

Manutenção da anestesia: anestesia inalatória ou quetamina ou propofol ou alfaxalone IV até o efeito desejado (1/3 a 1/2 da dose inicial).

Nota: em muitos casos a ovariohisterectomia ou a ovariectomia podem ser realizadas sem a necessidade de anestesia adicional para a manutenção; porém, deve-se ter um plano alternativo em caso de complicações ou necessidade de estender o tempo da anestesia. Deve-se ter à mão o equipamento necessário para intubação traqueal.

Técnicas de anestesia local: Bloqueios incisionais e do ligamento ovárico/ intraperitoneal com lidocaína.

Analgesia pós-operatória: AINEs.

Protocolo sem fármacos controladas.

Pré-operatório: combinação de um AINE e um agonista alfa 2 adrenérgico.

Outras alternativas, ver acima.

Protocolo com limitada disponibilidade de analgésicos.

Pré-operatório: agonistas alfa 2 adrenérgicos +/- AINEs.

Indução e manutenção da anestesia: qualquer agente indutor disponível, injetável ou inalatório.

Técnicas de anestesia local: Epidural ou bloqueios incisionais e do ligamento ovárico/ intraperitoneal com lidocaína.

Analgesia pós-operatória: AINEs.

A analgesia pode ser suplementada na maioria das técnicas cirúrgicas por terapias não farmacológicas tais como a aplicação de frio, terapia com laser, acupuntura, cuidados específicos e massagens/ exercícios suaves.

Para informação adicional sobre as doses farmacêuticas, ver a tabela no site www.wsava.org (Tratado Global sobre da dor da WSAVA).

WSAVA reconhece os patrocinadores do Conselho Global da Dor.



Elanco



zoetis