

Acute pain: a challenging problem

A dor aguda: um problema desafiador

Caros leitores,

Neste número da Revista Dor vários artigos abordam a questão da dor aguda, seja discutindo aspectos específicos de sua caracterização, avaliações em populações especiais como crianças em unidades de emergência ou mesmo técnicas de tratamento farmacológicas para a dor pós-operatória. Isto chama atenção para o problema deste tipo de dor no nosso país e a preocupação dos serviços com o seu impacto nos indivíduos. A dor aguda é também considerada uma queixa de difícil controle e comum na medicina familiar, medicina do esporte, e especialmente na clínica médica.

Apesar dos avanços significativos nas pesquisas sobre dor nas últimas décadas, o controle insuficiente da dor aguda ainda é mais a regra do que a exceção. Estudos mostram que 30 a 40% de pacientes que recebem alta em procedimentos ambulatoriais sofrem de dor moderada a intensa durante as primeiras 24 a 48 horas¹. A dor diminui com o tempo, mas pode ser forte ao ponto de interferir com o sono e com a realização de tarefas do cotidiano. Ainda, a dor pós-operatória é o fator mais comum para o retardo na alta hospitalar deste pacientes, bem como a maior responsável pelo número de chamadas médicas depois da alta e a razão mais encontrada para as readmissões hospitalares^{2,3}. Fatores como náusea, vômitos, fadiga ou dor são os mais comuns para retardar a permissão de ir para o domicílio e os mais comuns também para a volta ao hospital^{1,2}.

A dor intensa pós-operatória causa extremo desconforto e sofrimento e está associada à alteração do sono, que induz à fadiga. Este quadro pode durar alguns dias e impedir o retorno do paciente as suas atividades laborativas, gerando impacto econômico em sua vida. Há de ser considerado ainda o aspecto negativo da dor pós-operatória e de outros tipos de dor aguda em diversos órgãos e sistemas orgânicos, como o coração e pulmão⁴.

A dor PO pode persistir de forma mais duradoura e ser considerada como uma síndrome dolorosa crônica pós-cirúrgica, que tem sido reconhecida cada vez mais como um problema signifi-

cante e que precisa ser diagnosticado e combatido. Esta situação ocorre de forma mais comum em operações do tipo amputações de membros, toracotomias, mastectomias e hérnias inguinais. A incidência de dor crônica pós-cirúrgica em procedimentos ambulatoriais, como herniorrafias, pode alcançar percentuais até acima de 50%⁵.

A queixa de dor é o motivo mais frequente para consultas em pronto-socorro, o que representa mais de 70% dos atendimentos⁶. Um grande estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que o escore médio da dor de pacientes atendidos em unidades de emergência foi 8 em escala uma escala numérica. Cerca de 41% dos pacientes relataram que sua dor não se alterou ou aumentou após a visita no pronto-socorro, e quase três quartos relataram dor moderada ou intensa no momento da alta⁶.

Esperamos que os trabalhos dos autores deste número possam contribuir de alguma forma para diminuir esta realidade de subavaliação e de subtratamento da dor aguda.

João Batista Santos Garcia
Editor da Revista Dor

REFERÊNCIAS

1. Schug SA, Chong C. Pain management after ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2009;22(6):738-43.
2. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg.* 2003;97(2):534:40.
3. Segerdahl M, Warrén-Stomberg M, Rawal N, Brattwall M, Jakobsson J. Clinical practices and routines for day surgery in Sweden: results from a nation-wide survey. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2008;52(1):117-24.
4. Wu CL, Berenholtz SM, Pronovost PJ, Fleisher LA. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery. *Anesthesiology.* 2002;96(4):994-1003.
5. Perkins FM, Gopal A. Postsurgical chronic pain: a model for investigation the origins of chronic pain. *Tech Reg Anesth Pain Manag.* 2003;7(2):122-6.
6. Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain.* 2007;8(6):460-6.

FLEXIBILIDADE

Essa é a fórmula do sucesso no combate à dor.

codein

fosfato de codeína

A flexibilidade amplia o sucesso do tratamento.

- ▶ Única Codeína isolada do mercado.*
- ▶ Pode ser utilizado em associação com outros analgésicos não opioides e anti-inflamatórios, sem os riscos de hepatotoxicidade ou efeitos gastrointestinais.¹
- ▶ Não possui os efeitos adversos gastrointestinais da associação fixa com diclofenaco.²
- ▶ Indicado em doenças reumáticas crônicas.³



CODEIN É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS.

CONTRAINDICAÇÃO: DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** OS EFEITOS DEPRESSORES DA CODEÍNA SÃO POTENCIALIZADOS POR MEDICAMENTOS DEPRESSORES DO SNC.

Referências bibliográficas: 1. Navarro VJ, Senior JR. Drug-related hepatotoxicity. N Engl J Med. 2006; 354 (7):731-9. 2. Schaffer Det al. Risk of serious NSAID-related gastrointestinal events during long-term exposure: a systematic review. Med J Aust. 2006;185(9):501-6. 3. Ytterberg SR, Mahowald ML, Woods SR. Arthritis Rheum. 1998;41(9):1603-12. Codeine and oxycodone use in patients with chronic rheumatic disease pain. 4. Walker DJ, Zacny JP Subjective, psychomotor, and analgesic effects if oral codeine and morphine in healthy volunteers. Psychopharmacology 1998; 140: 191-201. *Fonte IMS Junho/2013.

CODEIN fosfato de codeína - comprimidos 30 ou 60 mg - CODEIN fosfato de codeína - solução oral 3mg/ml - CODEIN fosfato de codeína - solução injetável 30mg/ml - USO ADULTO OU PEDIÁTRICO - INDICAÇÕES: alívio da dor moderada. **CONTRAINDICAÇÕES:** diarreia associada à colite pseudomembranosa causada por cefalosporina, lincomicina ou penicilina e em casos de diarreia causada por envenenamento; pacientes alérgicos à codeína ou outros opioides; nos casos de depressão respiratória; quando há dependência a drogas; condições onde há aumento da pressão intracraniana; arritmia cardíaca; convulsão; função hepática ou renal prejudicada; inflamação intestinal; hipertrofia ou obstrução prostática; hipotireoidismo, cirurgia recente do trato intestinal ou urinário. **PRECAUÇÕES E CUIDADOS:** Gravidez: Deve ser considerado o risco/benefício uma vez que o analgésico opioide atravessa a placenta. O uso regular durante a gravidez pode causar dependência física ao feto, causando ao recém-nascido: convulsões, irritabilidade, febre, vômitos e diarreia. Trabalho de parto: o uso do analgésico durante o trabalho de parto pode resultar na depressão respiratória do recém-nascido. Amamentação: O fosfato de codeína é excretado no leite materno. A relação risco/benefício deve ser considerada. Uso pediátrico: Crianças até 2 anos de idade são mais suscetíveis aos efeitos, sobretudo depressão respiratória. Uso em idosos: Pacientes idosos são mais suscetíveis a efeito de depressão respiratória, pois metabolizam e eliminam o medicamento de forma mais lenta. Para estes pacientes as doses devem ser diminuídas ou mais espaçadas. Pacientes idosos com hipertrofia ou obstrução prostática e enfraquecimento da função renal apresentam retenção urinária quando fazem uso de analgésico opioide. Odontologia: Analgésico opioide diminui ou inibe a formação de saliva, contribuindo para o desenvolvimento da cárie, doença periodontal, candidíase oral e certo desconforto. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Os efeitos depressores da codeína são potencializados pela administração concomitante de outros depressores de SNC como o álcool, sedativos, anti-histamínicos ou drogas psicotrópicas (IMAO e antidepressivos tricíclicos). **REAÇÕES-ADVERSAS:** constipação e sonolência. São também relatados: erupção na pele e inchaço da face; depressão respiratória, broncoespasmo, edema e espasmo da laringe; estimulação paradoxal do SNC, especialmente em crianças; confusão, alteração na pulsação; liberação da histamina, diminuição da pressão arterial, efeito antidiurético, visão dupla ou nublada; secura da boca; sensação de desconforto; hipotensão; perda de apetite; náuseas e vômitos; espasmo uretral; tontura, sensação de desmaio; falsa sensação de bem estar. Raramente: convulsões, alucinações, depressão; rigidez muscular, ileo paralítico, espasmo biliar, perda de controle dos músculos do movimento, perturbação do sono e pesadelos. As síndromes de abstinência são mais leves que as determinadas por outros agonistas opioides fortes. Pode ainda ocorrer: vermelhidão, dor, inchaço, sensação de queimação no local da injeção. **POSOLOGIA:** Administração oral para adultos: a dosagem para adultos é usualmente de 30 mg (15 a 60 mg), a cada 4 ou 6 horas. O limite de administração é de até 360 mg/dia. Administração oral para crianças: o uso de codeína para obtenção analgésica em prematuros ou recém-nascidos, não é recomendado. Para crianças maiores a dose deve ser de 0,5 mg/kg a cada 4 a 6 horas. **SUPERDOSAGEM:** É caracterizada pela depressão respiratória com ou sem depressão do SNC. O tratamento consiste em assegurar e manter as vias aéreas livres. O antídoto específico é a naloxona. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Modolo - CRF-SP nº 10.446 - Rod. Itapira-Lindóia, km 14 - Itapira-SP - CNPJ N.º 44.734.671/0001-51 - SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): 0800 701 19 18 - **CLASSIFICAÇÃO: VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - VENDA SOB RETENÇÃO DE RECEITA** - Reg. MS N.º 1.0298.0199 - **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**