Artigo
Med Int Méx. 2021; 37 (Supl 1): S48-S51.

Caso Clínico - Dor e mobilidade - Opioides na reabilitação

Fernando Nogueira Zambone Pinto

INTRODUÇÃO

A escada analgésica de avaliação da dor, proposta pela OMS em 19861, tinha por objetivo criar uma diretriz para o desenvolvimento de planos de tratamento para dor oncológica. Essa diretriz, contudo, permaneceu aplicável não apenas no tratamento da dor relacionada ao câncer, mas também para as dores aguda e crônica.[2]

Mudanças foram sugeridas no enfoque da dor.[3] Agora são recomendadas abordagens diferenciadas nas dores crônicas não oncológicas[4], nas dores traumáticas e nas dores pós-operatórias.[5,6,7]

A dor aguda pós-operatória é muito comum e normalmente se resolve em uma semana. No entanto, para alguns pacientes, a dor pós-operatória aguda persiste além do tempo normal de cicatrização do tecido e transiciona para um estado de dor crônica.[8]

Descrição do caso

Identificação: R.A., 32 anos, sexo masculino, metalúrgico, destro.

Queixa e duração: Trauma direto em segundo dedo da mão esquerda, devido a acidente em máquina metalúrgica há um dia, evoluindo com *deficit* de mobilização do tendão flexor profundo do dedo indicador em mão direita.

História da doença atual: Encaminhado ao PS de Ortopedia, onde foi medicado

CRM:144.370
Ortopedista e cirurgião de mão
Filiado à Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e à Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão

Recebido: 12 de abril de 2021
Aceito: 12 de maio de 2021

Correspondência
equipemedica@mpgrupo.com.br

Este artigo deve ser citado como:
Zambone-Pinto FN. Caso Clínico - Dor e mobilidade - Opioides na reabilitação. Med Int Méx. 2021; 37 (Supl. 1): S48-S51.
https://doi.org/10.24245/mim.v37iS1.5561

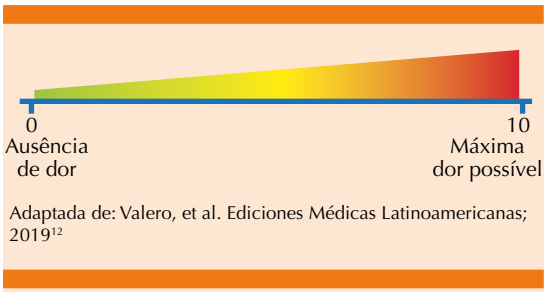
com analgésicos endovenosos, imobilizado e onde lhe indicaram o tratamento cirúrgico. Foi realizada tenorrafia no dia seguinte, recebeu alta com imobilização e recomendação de retorno ambulatorial em uma semana.

No seguimento ambulatorial, foi indicada mobilização precoce do dedo operado.

A mobilização precoce é importante para que se evitem aderências e rigidez.[9]

Iniciou-se o protocolo de mobilização passiva no sétimo dia pós-operatório. Nesse protocolo, o terapeuta promove a mobilização passiva do dedo operado, porém mantém uma imobilização dorsal antebraquiomanual que protege a cirurgia por limitar a extensão demasiada dos dedos.[9]

Apesar da aplicação de um protocolo bem estabelecido na literatura, nosso paciente evoluiu com dor intensa, EVAS 7 à mobilização passiva, associada à alodinia, a um edema e à sudorese local. Os usos de analgésicos comuns e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) não foram suficientes para o controle do quadro.



Adaptada de: Valero, et al. Ediciones Médicas Latinoamericanas; 2019[12]

Figura 1. Escala Visual Analógica.[12]

Conduta

Com o objetivo de reduzir a dor e otimizar a reabilitação com baixo risco de efeitos adversos, optou-se pela prescrição da combinação entre paracetamol e codeína a cada oito horas, associada ao uso de AINEs.

Após dois dias do início da associação medicamentosa, o paciente já sentiu importante alívio da dor (EVAS <3) e conseguiu iniciar a terapia da mão.

Discussão

A imobilização na mão pode ocasionar aderência e rigidez[10] e por isso a mobilidade precoce entra nos objetivos das terapias das lesões tendíneas e das lesões traumáticas em geral. Na rotina do consultório, também sentimos a pressão da crise econômica. Nesse contexto, os pacientes desejam uma reabilitação precoce para o retorno breve ao trabalho, a fim de se evitar alguma penalização do empregador.

Classicamente o tratamento da dor aguda é iniciado com analgésicos simples e se complementa com o uso de opioides fracos, conforme a necessidade do paciente, sempre seguindo a escada analgésica proposta pela OMS. Ocorre, porém, que essa escada foi concebida para dor oncológica.3 Dessa maneira, alguns autores sugerem que, no pós-operatório, o emprego de opioides deve ser iniciado no grau EVAS maior que 5, independentemente do uso prévio de não opioides.[6]

A combinação de opioides com AINEs tem se mostrado mais eficaz do que a utilização de opioides isoladamente.[4] A analgesia balanceada, isto é, quando se aplica a interação sinérgica das medicações, é uma modalidade terapêutica frequentemente usada em analgesia, sendo muito comum na prática clínica associar um opioide a um AINE ou usar combinações de analgésicos de dose fixa. Busca-se, com a sinergia de dois analgésicos com mecanismos de ação diferentes, reduzir a dose de cada uma das substâncias, diminuir os efeitos colaterais e melhorar a adesão

do paciente ao tratamento.[11] Dessa maneira, conseguimos controlar um maior número de componentes da dor e melhorar a tolerabilidade dos medicamentos, o que garante uma eficácia analgésica adequada em doses menores do que as obtidas individualmente, em monoterapia.[13]

No caso em questão, destacamos os achados mais recentes sobre o metabolismo e o efeito analgésico da codeína e de seus metabólitos que, em combinação com o paracetamol, proporcionam uma potencialização da eficácia analgésica sem aumentar os efeitos colaterais, oferecendo a chance de se obter um melhor controle da dor.[14]

Tabela 1. Parâmetros farmacocinéticos do paracetamol e da codeína.[12]
Adaptada de: Mattia C, et al. Eur Rev Med Pharmacol Sci; 2015.[12]

	Meia-vida plasmática (T1/2) (min)	Início da ação analgésica (min)	Duração da ação analgésica (h)
Paracetamol	150	15-30	6 (4-8)
Codeína	120-180	30	6 (4-8)

Os mais recentes *guidelines* de tratamento da dor reforçam a importância da aplicação da analgesia multimodal. Para o paciente descrito, prescrevemos o opioide em baixas doses e o associamos à fisioterapia, que progrediu com técnicas físicas de analgesia, como crioterapia e aplicação de TENS.[5]

CONCLUSÃO

O uso de paracetamol-codeína na dosagem recomendada é justificado por evidências e permite uma analgesia balanceada, com um bom perfil de tolerabilidade até mesmo para idosos ou paciente mais vulneráveis.[14]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Max M. World Health Organization cancer pain relief program: network news. J Pain Symptom Manage. 1986;1(1):53–7.
2. Hsu ES. Medication overuse in chronic pain. Curr Pain Headache Rep. 2017;21(1):2.
3. Torres LM. De la escalera al ascensor. Rev Soc Esp Dolor. 2002;9(5):289-90. 4. Yang J, Bauer BA, Wahner-Roedler DL, Chon TY, Xiao L. The Modified WHO.
4. Analgesic Ladder: Is It Appropriate for Chronic Non-Cancer Pain?. J Pain Res. 2020;13:411-7.
5. Hsu JR, Mir H, Wally MK, Seymour RB; Orthopaedic Trauma Association Musculoskeletal Pain Task Force. Clinical Practice Guidelines for Pain Management in Acute Musculoskeletal Injury. J Orthop Trauma. 2019;33(5):e158-82.
6. Raffa RB, Pergolizzi JV Jr. A modern analgesics pain 'pyramid'. J Clin Pharm Ther. 2014 Feb; 39(1):4-6.
7. Leung LJ. From ladder to platform: a new concept for pain management. Prim Health Care. 2012 Sep 1;4(3):254-8.
8. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. Lancet. 2019 Apr 13;393(10180):1537-46.
9. Tang JB. Flexor Tendon Injuries. Clin Plast Surg. 2019;46(3):295–306.

Tabela 2. Melhores práticas recomendadas para o alivio da dor musculoesquelética.[5]
Adaptada de: Hsu JR, et al. J Orthop Trauma; 2019.[5]

Categoria	Recomendações
Medicação analgésica	Analgesia multimodal: pode incluir AINES paracetamol. gabapentinoides e opioides de liberação imediata.
Cod Estratégias cognitivas eína	Discuta o alívio da dor esperada, qual o curso provável de resolução da dor e de recuperação do paciente. Intervenções psicossociais: considere musicoterapia, terapia cognitivo-comporta- mental, aromaterapia etc.
Estratégias fisicas	Imobilizaçãoe elevação; TENS; Crioterapia.
Estratégias de avaliação	Avalie o controle da dor e a sedação regularmente.

https://doi.org/10.24245/mim.v37iS1.5561

10. Elliot D, Giesen T. Primary flexor tendon surgery: the search for a perfect result. Hand Clin. 2013 May;29(2):191-206.
11. Ruiz F. Interacciones de los analgésicos: Un enfoque práctico para el clínico. Rev Colomb Anestesiol. 2000;28(3):1-4.
12. Valero, EG, Useche, WV, Mendoza, WS. Abordaje inicial del paciente y criterios para remitirlo a la clínica del dolor. 2ªedicion. Ediciones Médicas Latinoamericanas; 2019.
13. Mattia C, Coluzzi F. A look inside the association codeine-paracetamol: clinical pharmacology supports analgesic efficacy. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2015;19(3):507-16.
14. Kress HG, Untersteiner G. Clinical update on benefit versus risks of oral paracetamol alone or with codeine: still a good option? Curr Med Res Opin. 2017 Feb;33(2):289-304.