

Opióides no Tratamento da Dor Aguda

*Márcia Pavan de Andrade, TSA-SBA**

Os fármacos opióides são agentes utilizados para o controle das dores de moderada a forte intensidade, tanto em quadros algícos agudos quanto crônicos. Na última década temos assistido a um implemento na prescrição destes agentes para as dores de diferentes etiologias, notadamente as dores não-oncológicas, o que provavelmente possa ser atribuído a uma maior conscientização da classe médica quanto à demanda analgésica destes pacientes, cujo alívio pode lhes prover melhor qualidade de vida.

A administração de opióides por via muscular e de modo intermitente configura-se como dolorosa, de absorção errática e levando a níveis plasmáticos irregulares, acarretando maior risco de depressão respiratória e levando à analgesia insuficiente e de má qualidade. A sua prática tem sido proscrita, sendo, no entanto, ainda presenciada devido à familiaridade e maior comodidade da técnica. Trata-se de uma conduta culturalmente arraigada e disseminada, que deve ser ativamente combatida.

Os agentes opióides têm sido prescritos em maior escala para o tratamento da dor aguda pós-operatória, mormente nas cirurgias de grande porte, como toracotomias e cirurgias sobre o abdome superior. Neste tipo de cirurgia, em geral, há necessidade de opióides mais potentes desde o pós-operatório imediato, administrados por via parenteral ou espinhal, tanto em bolus repetidos quanto por bombas que propiciem a analgesia controlada pelo paciente (ACP). No âmbito deste método de analgesia (mais que um método, uma filosofia), que por sua versatilidade respeita a demanda analgésica do paciente de acordo com sua grande variabilidade intra e interindividual, podemos afirmar que tanto a morfina pela ACP por via venosa, quanto o citrato de fentanil associ-

* Certificação de Área de Atuação em Dor pela SBA/AMB
Co-Responsável pelo CET da Disciplina de Anestesiologia do HCFMUSP
Centro de Dor do Departamento de Neurologia do HCFMUSP
Responsável pelo Serviço de Dor do Centro de Referência da Mulher

ado a anestésicos locais por via peridural são capazes de prover analgesia de excelente qualidade e controle da dor no período pós-operatório de cirurgias de médio e grande porte.

Uma prescrição típica para o controle de dor aguda por este método seria:

Morfina.....100mg
SF 0,9%.....100 ml Solução a 0,1%

Bolus PCA = 1,0-2,0 mg
Infusão basal = 0,3-1,2 mg/h
Intervalo = 8-12 minutos

Os fármacos opióides têm sido administrados com bastante eficácia no controle das dores decorrentes de agudizações de doenças crônicas, notadamente nas crises de falcização da anemia falciforme, que correspondem a microinfartos, principalmente ósseos e/ou viscerais, e que cursam com dores intensas, mais observados na raça negra e desde a infância. Hoje a morfina por via venosa e/ou subcutânea é prescrita com liberalidade e maior frequência para estes pacientes que se apresentam na emergência dos hospitais, em detrimento da meperidina previamente prescrita, de potência inferior e com potencial para induzir dependência.

Pode-se dizer o mesmo com relação às crises álgicas recorrentes de pacientes portadores de artrite reumatóide, que vêm cada vez mais fazendo uso de opióides para o adequado controle de suas dores, além da medicação imunossupressora para tratamento da doença de base. Nestes casos, bem como em outras doenças reumatológicas ou do tecido conjuntivo que cursam com dor decorrente de vasculites e/ou lesões tróficas, temos dado preferência à oxycodona e ou metadona.

A oxycodona é um opióide sintético com potência 2 vezes superior à da morfina, e que é disponível em nosso país na apresentação de liberação prolongada para uso a cada 12 ou 8 horas. Apresenta, no entanto, uma desejável peculiaridade farmacocinética que é a de apresentar liberação bifásica, ou seja, é capaz de prover analgesia após cerca de 60 minutos de sua ingestão. Trata-se de um opióide que já pode ser utilizado no segundo degrau da escada analgésica, para dores de moderada intensidade, podendo-se dizer que a sua dose inicial (10 mg de 12/12h) assemelha-se, qualitativamente, à codeína próxima de sua dose máxima (60 mg 4/4h).

O fentanil por via transdérmica não se presta ao tratamento da dor aguda de forte intensidade, pois que pode demandar de 12-18h para atingir nível plasmático satisfatório, sendo necessário, nestes casos, para o tratamento da dor aguda ou “breakthrough pain” que se administre um opióide por outra via, de mais rápido início de ação, como a morfina, em pequenos bolus por via venosa.

O FDA aprovou, no início de 2006, o fentanil liberado por sistema transdérmico por iontoforese (Ionsys®). Trata-se de um dispositivo a ser colocado sobre o tórax ou superfície do membro superior, que quando acionado permite a liberação de um bolus de fentanil de 40 mcg por até 6 vezes no período de 1 hora (intervalos de 10 minutos), durando 24h ou até 80 disparos (o evento que se der primeiramente). Este tipo de dispositivo já conta com diversos trabalhos clínicos, inclusive comparativos a outros métodos de analgesia, estando referendado para uso em ambiente com supervisão e controle de sinais vitais.

No que tange ainda ao uso clínico do opióides na dor aguda, lembrar que se o paciente apresenta um cateter peridural, este deve ser utilizado, devendo-se utilizar inicialmente o fentanil, que apresenta mais rápido início de ação que a morfina pela mesma via (45-60 min de latência). Se, no entanto, algum opióide prévio já foi utilizado a pouco tempo e o paciente apresenta dor, pode-

se usar a estratégia clínica de se administrar um agente anestésico local e titulá-lo de acordo com a resposta do paciente.

No âmbito do uso de opióides no pronto-atendimento e na emergência, devemos ter em mente que a dor deve ser aliviada enquanto se procede à investigação do quadro clínico apresentado pelo doente; no entanto, muitos profissionais temem que a administração de um analgésico chegue a mascarar a evolução do quadro apresentado, notadamente os cirurgiões na avaliação de dor abdominal que possa ser de indicação cirúrgica. Pelo que a literatura apresenta e a experiência clínica tem referendado, dificilmente um analgésico não-opióide, e mesmo um agente opióide por via venosa em baixas doses podem mascarar um quadro em evolução, recomendando-se, no entanto, que se implemente a propedêutica armada desarmada no acompanhamento do quadro após administração do analgésico. Há relato de dois casos na literatura em que potente analgesia espinal, usando associação de opióides e anestésicos locais, chegou a mascarar um quadro de rotura esplência em dois tempos e de síndrome compartimental em membro inferior. Seria de bom alvitre, portanto, que ao se utilizar analgesia espinal se empregassem anestésicos locais em concentração reduzida, ou apenas o agente opióide, ou se se está na vigência de um paciente com ACP, que se utilizasse baixa ou nenhuma infusão basal, prevalecendo o modo de ACP *solo* (só bolus de demanda).

Em conclusão, podemos dizer que hoje, felizmente, presenciamos uma maior consciência da necessidade do tratamento da dor, referendada pelo estabelecimento da dor como quinto sinal vital que deve ser registrado desde a admissão do paciente até a sua alta hospitalar. Em decorrência disto, acompanha-se uma maior prescrição dos fármacos analgésicos, e uma maior preocupação no sentido da compreensão do uso clínico dos agentes opióides, antes tão temidos que chegavam a ser evitados, mesmo com evidente necessidade.

Os efeitos colaterais que possam ser ocasionados por estes fármacos são hoje prevenidos ativamente (náusea, emese, obstipação intestinal), e o risco da tão temida depressão respiratória passa a ser enfrentado com medidas de atenção à dose e implemento da monitorização, em prol da analgesia e bem-estar provido.

Os opióides estão sendo cada vez mais prescritos no âmbito da dor aguda, inicialmente pelos anesthesiologistas e posteriormente pelos cirurgiões, intensivistas e clínicos gerais. Sendo o anesthesiologista o profissional que maior desenvoltura apresenta ano manuseio destes fármacos, podemos dizer que coube-lhe, e ainda cabe, este importante papel de educador e “desmistificador” destes agentes, especialmente a morfina, imbuída de um indissociável estigma oriundo de um passado, felizmente, cada vez mais distante.

Referências Bibliográficas

- Stein, C. Opioids in pain control. Cambridge University Press, 1999. United Kingdom.
- Rawal, N. opioids in acute pain. In: Stein, C. Opioids in pain control. Cambridge University Press, 1999. pp247-269.
- Estafanous FG. Opioids in Anaesthesia II. Butterworth-Heinemann, 1991. Stoneham, MA, USA.

