

Acute pain: a challenging problem

A dor aguda: um problema desafiador

Dear readers,

In this edition of Revista Dor several articles approach the issue of acute pain, discussing specific aspects of its presentation, as well as its assessment in special populations, as ICU children, or even drug therapy techniques for postoperative pain. They call our attention to the problem of this type of pain in our country and to the concern of our services with its impact on individuals. Acute pain is also seen as a complaint which is both difficult to control and common in family medicine, sports medicine and in general medical practice.

Although there were significant advances in pain research in the last decades, insufficient pain control remains the rule and not the exception. Studies show that 30% to 40% of patients discharged after outpatient procedures have moderate to severe pain during the first 24 to 48 hours¹. Pain decreases with time, but can be severe enough to interfere with sleep and daily tasks. Besides that, post-op pain is the most prevalent factor for delays in hospital discharges, as well as the main cause for medical calls after discharges and the most prevalent reason for hospital readmissions^{2,3}. Issues like nausea, vomiting, fatigue and pain are the most common reasons to delay discharge as well as the most common ones for readmitting patients to the hospital^{1,2}.

Severe post-op pain causes extreme discomfort and distress, being associated with sleep disorders, which lead to fatigue. This situation may last for some days, preventing patients to return to working activities, thus generating economic impact in their lives. Another aspect to be considered is the negative impact of post-op pain and other forms of acute pain on several organs and organ systems, such as heart and lungs⁴.

Post-op pain may persist for a long time and be considered as chronic post-op pain syndrome, which is now being recognized as a significant problem that must be diagnosed and

fought against. This situation is most commonly seen in limb amputation surgeries, thoracotomies, mastectomies and inguinal hernias. The incidence of post-op chronic pain in outpatient procedures, such as inguinal hernia repair, may be more than 50%⁵.

Pain complaints are the most frequent reason for emergency ward consultations, representing more than 70% of all cases seen⁶. A large study, carried out in the United States, showed an average pain score of 8 in the numeric scale in patients seen at the Emergency Room. Around 41% of patients reported no relief or worsening of pain after visiting the ER, and almost three fourths of them reported moderate to severe pain at discharge⁶.

We hope that papers published in this edition may somehow contribute to decrease the current situation of acute pain under-assessment and undertreatment.

João Batista Santos Garcia
Revista Dor Editor

REFERENCES

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 paralytico, 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.**