



CARLOS JÚLIO¹, INÊS COSTA²



Internos de 2º ano de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar: ¹USF Lavradio, ²UCSP Serpa

ENQUADRAMENTO

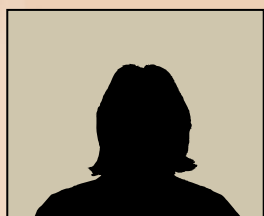


Em Portugal, a lombalgia é a doença reumatológica mais prevalente, com cerca de 26%³. Quando não tratada de modo adequado, evolui de forma crónica, afectando gravemente a qualidade de vida dos utentes e sua capacidade laboral. A lombalgia crónica é por isso, uma das principais fontes de dor crónica, que afecta mais de 30% dos adultos no nosso país.⁴ Os custos directos e indirectos anuais relacionados com a dor crónica em Portugal representam cerca de 2,7% do PIB nacional.⁵

Do forma a salientar a importância do controlo da dor, em 2003 a DGS instituiu a dor como o 5º sinal vital⁶.

A terapêutica farmacológica da dor engloba fármacos opióides (p.e. codeína, tramadol, morfina), não-opióides (p.e. paracetamol, metamizol, AINE's) e adjuvantes (p.e. corticoides, relaxantes musculares, antidepressivos).

DESCRIÇÃO DE CASO



Identificação

- Sexo feminino, 52 anos
- Auxiliar em Lar 3ª idade
- Sem Antecedentes Pessoais relevantes

História da Doença Atual

- Abril 2016:** inicia quadro de **lombalgia intensa** com irradiação para ambos os membros inferiores. Dor constante, com agravamento mecânico, sem fatores de alívio e classificada como 8 segundo a escala numérica da dor.

Sem dor	Dor ligeira		Dor moderada			Dor intensa			Dor Máxima	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Figura 1 – Escala Numérica /Qualitativa da dor⁶

- Múltiplas idas ao Serviço de Urgência
 - Medicada no local com:** AINE's e relaxantes musculares IM
 - No ambulatório com:** (Paracetamol 500mg + Tiocolquicosido 2mg) 2 comprimidos 8/8h e Diclofenac gel em SOS.
 - Alívio sintomático temporário pelo que interrompeu a medicação
- Outubro 2016:** Recorre ao médico de família por **agravamento da dor com parestesias** de ambos os membros inferiores.
 - Solicitou-se um **Rx coluna lombar**
 - Iniciou **opióide** (Paracetamol 325mg + tramadol 37,5 mg) 1comprimido 6/6h associado a Domperidona 10 mg.
- Reavaliação após 1 semana:** Alívio sintomático para níveis adequados à realização das suas AVD's. Dor 3 na escala numérica da dor.
 - Por comodidade, substituiu-se a associação com o opióide por Tramadol 100 mg 1xdia, e manteve-se o paracetamol 1g em SOS.
 - Rx** revelou provável estenose dos buracos de conjugação ao nível de L5-S1, com possível **compressão radicular**. Solicitou-se TAC Coluna Lombar.

- Novembro 2016: Grande alívio com o Tramadol**, com poucas recorrências ao SOS. Dor 2 na escala numérica de dor.
 - Contudo, suspendeu a terapêutica por "desconforto no estômago" *sic*, negando náuseas e vômitos. Atendendo à eficácia do Tramadol foi feito o **Switch terapêutico** para **Tapentadol 50 mg 12/12h**.
- Dezembro 2016:** O **TAC lombar** confirmou a estenose com compressão radicular, tendo a doente sido encaminhada para consulta de Neurocirurgia.
 - Bom controlo sintomático da dor crónica com Tapentadol, que lhe permite a realização das AVDs e da actividade laboral. Dor 0 na escala numérica da dor.

DISCUSSÃO

Para um controlo adequado da dor, é fulcral classificá-la quanto à sua intensidade, através de escalas, como por exemplo a escala numérica da dor. A instituição terapêutica deve ser feita com base na intensidade da mesma, de acordo com o patamar da escada analgésica da dor da OMS. A utilização por rotina de fármacos do 1º patamar (ex: AINE's), independentemente da intensidade da dor não está recomendada. Além do que, a sua utilização de forma crónica acarreta riscos cardiovasculares, renais, entre outros.

Os analgésicos devem ser prescritos com intervalos fixos de tempo, evitando períodos infra-terapêuticos antes da próxima dose, que contribuem para o aparecimento de **tolerância**.

Com base na **equianalgesia** realiza-se a **rotação de opióides**, isto é, substitui-se um determinado opióide, que não é suficientemente eficaz ou provoca efeitos adversos não tolerados, por outro em dose equipotente.

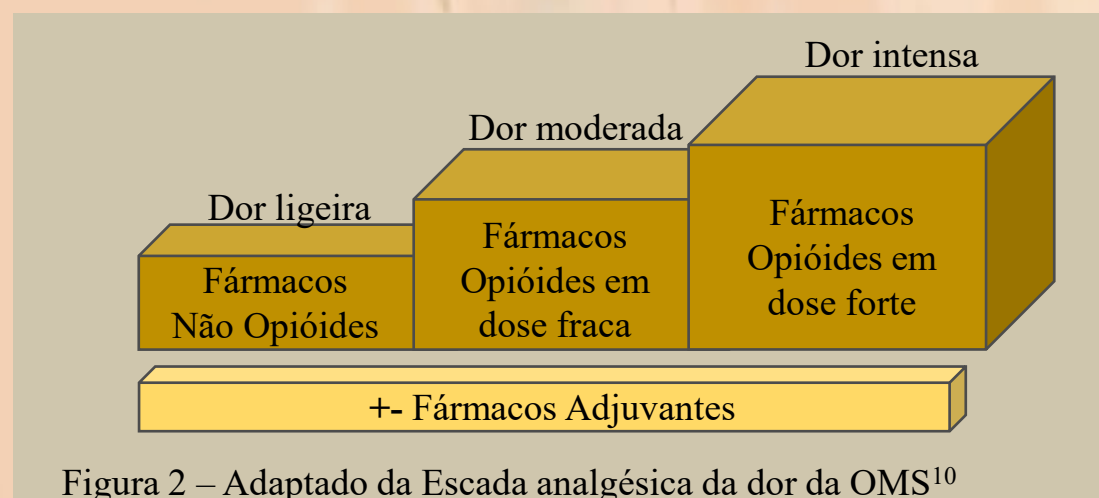


Figura 2 – Adaptado da Escada analgésica da dor da OMS¹⁰

Referências Bibliográficas

3. Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR). EpiReumaPt Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal. 22 de Setembro de 2014. 4. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. J Pain. 2012 Aug;13(8):773-83. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012. 5. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. Eur J Health Econ. 2016 Jan;17(1):87-98. doi: 10.1007/s10198-014-0659-4. Epub 2014 Nov 22. 6. Miguel JP. "A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor". Circular Normativa Nº 09/DGS. 14/06/2003 Lisboa. 7. Ritto C, Naves F, Rocha FD, Costa I, Diniz L, Raposo MB, Pina PR, Milhomens R, Faustino SM. Manual de Dor Crónica. Fundação Grunenthal. Lisboa 2017. 8. George F. "Utilização dos medicamentos opióides fortes na dor crónica não oncológica". Circular Normativa Nº: 09/DGS. 24/03/08 Lisboa. 9. Lopes JMC, Diniz A. "Programa Nacional de Controlo da Dor". Circular Normativa Nº: 11/DGS. 18/06/08 Lisboa 10. Escada analgésica da OMS adaptado de: WHO Pain Relief Ladder for cancer pain relief in adults [accessed October 2015].