

## 472 Perguntas e Respostas

1. A metadona tem múltiplos mecanismos de ação, incluindo agonista  $\mu$ , antagonista NMDA, inibição da recaptação de 5HT3 e NA. **Verdadeiro:** O mecanismo de ação multimodal da metadona contribui para seu amplo efeito no tratamento da dor
2. Metadona IV é equipotente à morfina IV em todas as doses  
**Falso:** Com doses crescentes de metadona, a relação entre morfina e metadona não permanece linear e a metadona se torna relativamente mais potente
3. A metadona tem uma duração prolongada de ação de até 5 horas em qualquer dose. **Falso:** Em doses menores (ou seja, 5 mg), a metadona pode durar até 5 horas, enquanto em doses maiores (20 mg), os efeitos podem durar até 24 horas
4. A metadona é equipotente à morfina e existem diretrizes consensuais para regimes de conversão  
**Falso:** Acredita-se que a metadona IV seja equipotente à morfina IV apenas em certas doses. A metadona oral é mais potente do que a morfina oral e a relação não permanece linear em doses mais elevadas. Portanto, há pouco consenso em relação às doses de conversão e o manejo a longo prazo requer informações especializadas.
5. Verificou-se que uma dose única de metadona diminui as necessidades pós-operatórias de opioides e melhora os escores de dor.  
**Verdadeiro:** Uma dose única em bolus de metadona melhorou os escores de dor, diminuiu as necessidades pós-operatórias e totais de opioides, melhorou a satisfação do paciente e diminuiu os efeitos colaterais relacionados aos opioides
6. O risco de toxicidade com metadona é maior no início, escalonamento de dose, em homens e aumento da idade e ASA  
**Verdadeiro:** A toxicidade deve ser monitorada com metadona particularmente no início da dose, escalonamentos e em populações de alto risco
7. Prolongamento do intervalo QTc e Torsades de Pointes são efeitos colaterais comuns conhecidos da metadona quando usada para o tratamento da dor aguda  
**Falso:** a metadona pode prolongar o intervalo QTc em doses elevadas e com uso contínuo. Um único bolus de metadona não foi associado a uma maior incidência de eventos cardíacos em ensaios clínicos
8. A metadona não tem propriedades anti-neuropáticas  
**Falso:** A inibição da recaptação de NMDA, 5HT3 e NA da metadona é benéfica na redução da dor neuropática (alodinia, hiperalgesia e transição de dor aguda para dor crônica) após cirurgia complexa
9. Uma dose única de metadona não aumenta os riscos de comprometimento cardiopulmonar em todos os grupos de pacientes.  
**Falso:** Uma dose única de metadona ainda pode ter efeitos colaterais significativos, particularmente nos grupos de pacientes de alto risco e sem uso de opioides. Os médicos devem ter um limiar baixo para aumentar o monitoramento cardiopulmonar em pacientes de alto risco
10. Pacientes de baixo risco em uso de metadona não necessitam de ECGs diários  
**Falso:** Apesar do baixo risco, a maioria dos especialistas sugere que todos os pacientes que recebem metadona devem ter uma análise diária de ECG
11. A duração da ação da metadona é variável em pacientes saudáveis devido a grandes variações na expressão do CYP2B. **Verdadeiro:** Está agora estabelecido que a metadona é metabolizada pelas enzimas CYP2B6, e variações interindividuais são responsáveis por diferentes tempos de meia-vida.
12. A ação agonista-antagonista mista da buprenorfina confere um efeito teto sobre a analgesia e sobre a depressão respiratória. **Falso:** Apesar de ser agonista-antagonista mista, a buprenorfina não confere efeito teto sobre a analgesia e sobre a depressão respiratória
13. A buprenorfina tem metabólitos ativos  
**Verdadeiro:** A buprenorfina tem metabólitos ativos (norbuprenorfina) que apresentam 25% da potência da buprenorfina
14. A buprenorfina pode ser usada com segurança em pacientes com insuficiência renal  
**Verdadeiro:** A buprenorfina pode ser usada com segurança em pacientes com insuficiência renal, pois 70% é excretada nas fezes

15. A buprenorfina oral é tão eficaz quanto a buprenorfina sublingual  
**Falso:** A biodisponibilidade da buprenorfina oral é extremamente limitada devido ao metabolismo de primeira passagem, portanto, a via oral não é recomendada
16. Preparações sublinguais e transdérmicas permitem o tratamento de pacientes que permanecem com restrição a dieta oral pós-operatoriamente  
**Verdadeiro:** As preparações sublinguais e transdérmicas são excelentes para o tratamento de pacientes que estão nauseados, tiveram grandes cirurgias de cabeça e pescoço e pacientes que permanecem com restrição a dieta oral. Isso pode ser instituído sob a equipe do Serviço de Dor Aguda, apenas supervisão.
17. A via transdérmica é um método eficaz e conveniente de tratar a dor que deve durar vários dias.  
**Verdadeiro:** a buprenorfina transdérmica pode tratar a dor severa que deve durar vários dias. A necessidade reduzida de doses frequentes não é apenas conveniente para o clínico, mas também para o paciente, que diminui a 'carga da pílula', o que pode aumentar a adesão
18. A buprenorfina transdérmica pode levar de 24 a 48 horas para atingir o estado estacionário durante o qual a **analgesia inovadora do PRN** pode ser necessária.  
**Verdadeiro:** **A analgesia inovadora do PRN**, como a buprenorfina sublingual, pode ser usada até que a buprenorfina transdérmica tenha atingido o estado estacionário.
19. A buprenorfina deve ser usada com extrema cautela em conjunto com benzodiazepínicos  
**Verdadeiro:** Houve várias mortes relatadas na literatura quando a buprenorfina foi usada ao lado de benzodiazepínicos. **Catiões extremos** ou terapia alternativa devem ser considerados nestas circunstâncias.
20. A depressão respiratória relacionada ao uso de metadona ou buprenorfina pode ser revertida com um único bolus de naloxona  
**Falso:** Devido à meia-vida mais curta da naloxona em comparação com a metadona e a buprenorfina, uma infusão de naloxona deve ser considerada no início da toxicidade respiratória secundária à metadona e/ou buprenorfina