

Presentation and manual on pain management have changed analgesics prescription in the postoperative period of general surgeries*

Palestra e manual sobre tratamento da dor alteraram a prescrição de analgésicos no pós-operatório de cirurgia geral

Joana Gadioli Cortez¹, Marina Falcão de Abreu Araujo¹, Elton Constantino², Oscar Cesar Pires³, Irimar de Paula Posso⁴

*Recebido da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Analgesic planning to manage acute postoperative pain is critical for its effective control, because if untreated it brings noxious changes to the body. This study aimed at analyzing the change in analgesics prescription in the postoperative period of general surgeries before and after the presentation of a symposium and the distribution of a pain management manual.

METHOD: This was a prospective study with 45 patients aged between 18 and 70 years, submitted to general surgeries, to evaluate the effectiveness of postoperative analgesia via the pain numerical scale, and to analyze analgesics prescription before and after a presentation and the distribution of a postoperative pain management manual for assistant, resident and internship physicians of the Surgical Clinic of a medium-sized teaching hospital.

RESULTS: Pain intensity in the control group was 3.64 ± 3.2 in the 1st hour, 4.24 ± 2.9 within 12 hours, 4.84 ± 2.2 within 24 hours and 4.08 ± 2.3 within 48 hours. Pain intensity in the post-study group was 2.85 ± 2.8 in 1 hour, 2.90 ± 2.7 within 12 hours, 2.25 ± 2.6 within 24 hours and 1.95 ± 2.4 within 48 hours. There has been no statistically significant difference among different hours for the same group, however there has been a difference between the 24th hour of the control group as compared to the study group ($p < 0.001$) and between the 48th hour of the control group as compared to the study group ($p < 0.005$).

CONCLUSION: The proposed intervention has generated mild changes in postoperative analgesics prescription, however enough to provide pain intensity decrease in some studied moments.

Keywords: Analgesia, Pain evaluation, Surgery.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O planejamento da analgesia no tratamento da dor aguda pós-operatória é fundamental para o seu controle efetivo, pois quando não tratada acarreta alterações nocivas ao organismo. Este estudo teve como objetivo analisar a mudança na prescrição de analgésicos no período pós-operatório de cirurgias gerais antes e após a apresentação de simpósio e o fornecimento de manual sobre tratamento da dor.

MÉTODO: Estudo prospectivo com 45 pacientes, com idade entre 18 e 70 anos, submetidos a cirurgias gerais, avaliando a efetividade da analgesia pós-operatória pela aplicação da escala numérica da dor e análise da prescrição dos analgésicos, antes e após a apresentação de palestra e o fornecimento de manual sobre tratamento da dor pós-operatória, para os médicos assistentes, residentes e internos da Clínica Cirúrgica de um hospital escola de médio porte.

RESULTADOS: No grupo controle, a intensidade da dor foi $3,64 \pm 3,2$ na 1ª hora, $4,24 \pm 2,9$ em 12 horas, $4,84 \pm 2,2$ em 24 horas e $4,08 \pm 2,3$ em 48 horas. No grupo pós-estudo, a intensidade da dor foi $2,85 \pm 2,8$ em 1 hora, $2,90 \pm 2,7$ em 12 horas, $2,25 \pm 2,6$ em 24 horas e $1,95 \pm 2,4$ em 48 horas. Não houve diferença estatística significativa entre as diferentes horas do mesmo grupo, mas existiu uma diferença entre a 24ª hora do grupo controle em relação ao grupo estudo ($p < 0,001$), e entre a 48ª hora de grupo controle em relação ao grupo estudo ($p < 0,005$).

CONCLUSÃO: A intervenção proposta gerou mudanças discretas nas prescrições analgésicas pós-operatórias, porém suficientes para proporcionar diminuição na intensidade da dor em alguns momentos do estudo.

Descritores: Analgesia, Avaliação da dor, Cirurgia.

INTRODUÇÃO

O controle da dor aguda pós-operatória inicia com o planejamento da analgesia, facilita o rápido retorno dos pacientes às suas atividades normais no período pós-operatório, com menor tempo de permanência hospitalar e redução dos custos. Para tanto, é necessário que haja entrosamento entre os serviços de Anestesiologia, Cirurgia e Enfermagem, disponibilidade para visitas periódicas, treinamento adequado para os profissionais envolvidos e obediência a um protocolo bem elaborado¹.

Para controlar de modo mais adequado a dor decorrente do trauma

1. Graduanda em Medicina da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

2. Médico, Professor Assistente de Anestesiologia da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

3. Médico, Professor Assistente Doutor de Farmacologia da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

4. Médico, Professor Titular de Farmacologia da Universidade de Taubaté. Taubaté, SP, Brasil.

Apresentado em 09 de novembro de 2012.

Aceito para publicação em 18 de janeiro de 2013.

Endereço para correspondência:
Marina Falcão de Abreu Araujo
Rua Pereira da Nóbrega, 110 – Aclimação
01549-020 São Paulo, SP.
Fone: (11) 98904-7132
E-mail: nina_faa@yahoo.com.br

cirúrgico deve sempre ser usada analgesia multimodal com uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINES), inibidores da ciclo-oxigenase-2 (COX-2), opioides, anestésicos locais, agonistas α_2 adrenérgicos e bloqueadores de receptores NMDA de modo preventivo e/ou preventivo².

No tratamento inicial da dor pós-operatória, a analgesia sistêmica deve sempre ser usada com fármaco de horário, sendo a via venosa a mais recomendada. Por esta via são indicados AINES, inibidores da COX-2, opioides e dipirona. Deve ser também utilizada para a aplicação de analgésicos de resgate, quando o plano de analgesia original não for suficiente.

Em relação às cirurgias abdominais a analgesia pós-operatória tem características semelhantes, porém a dor difere se a área cirúrgica é no abdômen superior ou inferior. No tratamento da dor pós-operatória dessas intervenções deve ser levada em consideração a dificuldade de mobilização adequada devido aos drenos e sondas, bem como a limitação da movimentação diafragmática observada nas intervenções do andar superior do abdômen ou nas cirurgias em que se faz necessário o acesso toraco-abdominal ou quando é utilizada incisão mediana supraumbilical, subcostal ou transversa^{2,4}.

A dor causada pelo procedimento cirúrgico tem sido bastante investigada em nosso meio, porém é preciso analisar se a terapêutica analgésica aplicada pelos anestesiológicos e cirurgiões aos seus pacientes tem sido adequada, uma vez que estudos referentes a este tema são relativamente escassos.

Este estudo teve como objetivo pesquisar a efetividade e o tipo de analgesia realizada no pós-operatório de cirurgias gerais no Hospital Universitário de Taubaté (HUT) antes e após a apresentação de palestra e da distribuição de um manual sobre dor pós-operatória para os médicos, residentes e internos.

MÉTODOS

Estudo prospectivo, controlado, amostragem aleatória, sendo incluídos 45 pacientes, com idades entre 18 e 70 anos; submetidos à cirurgia geral, no Centro Cirúrgico do HUT, divididos dois grupos; Grupo Controle (GC) com 25 pacientes e Grupo Estudo (GE) com 20 pacientes.

A avaliação da intensidade da dor foi feita pela aplicação da escala numérica da dor (END), ferramenta simples, não invasiva e acessível, que quantifica a dor do paciente de forma subjetiva, pela qual zero corresponde à ausência de dor e 10 a dor mais intensa que o paciente já experimentou.

GC - foi feita avaliação da intensidade da dor na 1ª, na 12ª, na 24ª e na 48ªh após o término da operação e analisada a prescrição de analgésicos nos mesmos momentos em que foi avaliada a intensidade da dor.

GE - foi ministrada uma palestra sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória, juntamente com a distribuição de um manual de bolso sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória para os médicos, residentes e internos. Nas semanas seguintes foi feita a avaliação da intensidade da dor e a análise das prescrições nos mesmos momentos em que esses dados foram avaliados no GC. Para análise estatística dos resultados obtidos, após as orientações, utilizou-se o software JMP® do SAS (*Statistical Analysis System*) Institute e aplicou-se teste *t* de Student, adotando-se nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Taubaté (Protocolo CEP/UNITAU nº 077-2011).

RESULTADOS

Nos pacientes do GC foram realizadas as seguintes cirurgias: 7 laparotomias exploradoras, 4 colecistectomias abertas, 4 herniorrafias inguinais, 2 colecistectomias por videolaparoscopia, 1 toracotomia, 1 apendicectomia, 1 gastroduodenopancreatectomia, 1 tireoidectomia, 1 gastrectomia e 1 amputação abdominoperineal de reto, enquanto que nos pacientes do GE foram: 5 colectomias, 5 colecistectomias abertas, 3 laparotomias exploradoras, 3 herniorrafias inguinais, 2 colecistectomias por videolaparoscopia e 2 apendicectomias.

A intensidade da dor pela escala END, no GC foi de $3,64 \pm 3,2$ na 1ªh, $4,24 \pm 2,9$ na 12ªh, $4,84 \pm 2,2$ na 24ªh e $4,08 \pm 2,3$ na 48ªh. No GE, a intensidade da dor foi $2,85 \pm 2,8$ na 1ªh, $2,90 \pm 2,7$ na 12ªh, $2,25 \pm 2,6$ na 24ªh e $1,95 \pm 2,4$ 48ªh (Gráfico 1).

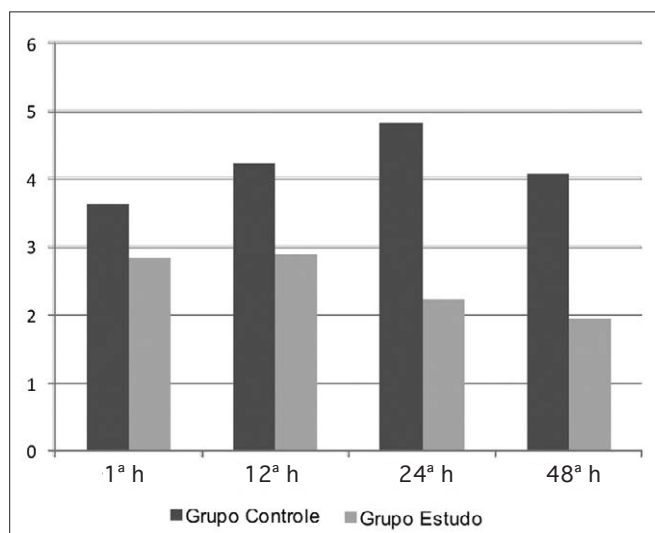


Gráfico 1 - Médias das intensidades da dor pela escala numérica de dor na 1ª, 12ª, 24ª e 48ª h.

Quando se comparou a intensidade da dor dentro dos grupos, não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre a intensidade da dor nos quatro momentos avaliados. No entanto foi evidenciada diferença estatisticamente significativa entre o GC e o GE na 24ªh ($p < 0,001$) e na 48ªh ($p < 0,005$).

Quanto ao tipo de fármaco utilizado para a analgesia as principais diferenças encontradas foram, que no GC foi prescrito o paracetamol, o que não ocorreu no GE, e a escopolamina no GC foi encontrada nas 4 avaliações, enquanto que no GE a escopolamina foi prescrita apenas no 1º dia, sendo identificada apenas nas avaliações feitas na 1ª e 12ªh. Foi identificado aumento da utilização da dipirona isolada, especialmente nas avaliações feitas nas 24ª e 48ªh (Gráficos 2 a 4).

A alteração mais importante ocorreu na dose dos analgésicos utilizados. No GC foram usadas subdoses de tramadol e nalbufina, com intervalos muito longos entre as doses, o que foi parcialmente corrigido no GE (Gráficos 2 a 4).

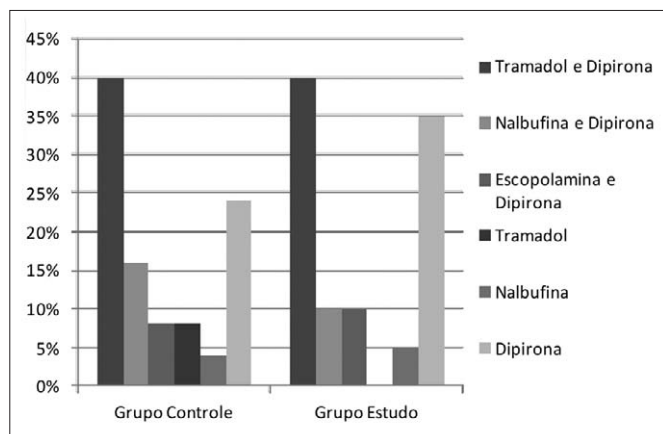


Gráfico 2 – Analgésicos utilizados na 1ª e na 12ª hora nos dois grupos.

Como nos gráficos 2, 3 e 4, no GC houve predomínio da utilização de tramadol e dipirona (40%) na 1ª e na 12ªh, mantendo predominantemente a analgesia com dipirona isolada nas 24ª e 48ªh (40% e 52%, respectivamente). No GE observou-se também predomínio do uso de tramadol e dipirona na 1ª e na 12ªh (40%), imperando também a utilização de dipirona isoladamente nas 24ª e 48ªh (70%). Foi observado, então, que as prescrições continham principalmente tramadol e dipirona.

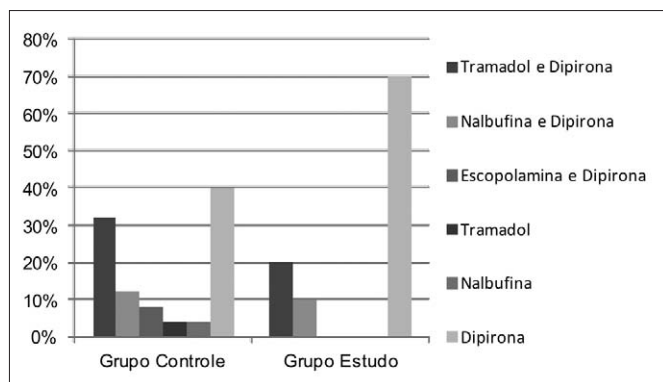


Gráfico 3 – Analgésicos utilizados na 24ª hora nos dois grupos.

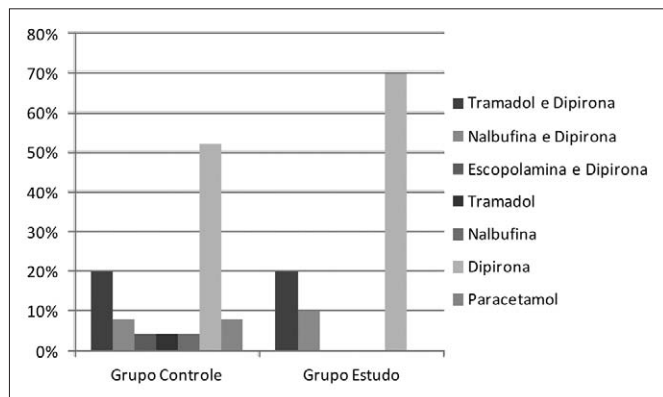


Gráfico 4 – Analgésicos utilizados na 48ª hora nos dois grupos.

DISCUSSÃO

Por sua importância a prevalência de dor pós-operatória tem sido objeto de inúmeros estudos⁵⁻⁷. O moderno controle da dor pós-operatória deve ser feito com a associação de analgésicos com mecanismos diferentes de ação administrados por via sistêmica ou regional, a chamada analgesia multimodal ou balanceada^{2,8,9}.

Em ambos os grupos foram usadas associação da dipirona com tramadol ou nalbufina, porém em vários pacientes esses fármacos foram usados de forma isolada, sem associação a nenhum outro fármaco. Neste estudo também não foi identificado o uso de analgesia regional isolada ou associada a outros fármacos, mesmo em pacientes submetidos a cirurgias que cursam com dor mais intensa. Outro aspecto que é muito valorizado nos estudos sobre o controle da dor pós-operatória, é o uso de doses adequadas em intervalos regulares de acordo com a farmacocinética de cada fármaco^{2,8,9}; entretanto, neste estudo verificou-se que na maioria dos pacientes foram usadas subdoses e intervalos inadequados entre as doses, principalmente no GC. Porém quando se compararam as prescrições dos pacientes do GE com os do GC, verificou-se que no GE houve aumento das doses dos fármacos prescritos e diminuição dos intervalos entre as doses, evidenciando que a intervenção, palestra sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória, juntamente com a distribuição de um manual de bolso sobre fisiopatologia e tratamento da dor pós-operatória para os médicos, residentes e internos da clínica cirúrgica do hospital estudado, proporcionou melhora nas prescrições, porém não conseguiu fazer com que a prescrição ficasse adequada à farmacocinética e farmacodinâmica dos analgésicos prescritos e também não conseguiu fazer com que eles passassem a aplicar o conceito correto da analgesia multimodal.

No entanto adequação da dose após a intervenção, embora tímida, proporcionou melhora da analgesia no grupo estudo como pode ser verificado no (Gráfico 1). Um aspecto que deve ser destacado é que apesar do uso apenas de opioides fracos como o tramadol e a nalbufina, muitas vezes em subdoses e com intervalos inadequados entre as doses, a intensidade da dor em ambos os grupos não foi elevada, o que pode ser explicado pelo tipo de cirurgia a que foram submetidos os pacientes, que eram cirurgias que não cursam com dor intensa.

O presente estudo demonstrou que pequenas intervenções, como a aula aos médicos e residentes do HUT junto ao manual de bolso, foram suficientes para diminuir a intensidade da dor no pós-operatório neste serviço, porém outro estudo, usando metodologia semelhante, realizado no mesmo hospital com médicos, residentes e internos da clínica de Ginecologia não foi capaz de mudar as condutas da equipe para o tratamento da dor aguda pós-operatória¹⁰. Apesar do conhecimento que a cirurgia de grande porte é ainda associada às sequelas indesejáveis como dor, complicações cardiopulmonares, infecciosas e tromboembólicas, disfunção cerebral, náuseas e paralisia gastrointestinal, fadiga e convalescença prolongada e que nenhuma técnica ou regime de analgesia tem sido capazes de eliminar a mortalidade e a morbidade pós-operatória, intervenções multimodais podem levar a redução importante das sequelas indesejáveis de lesão cirúrgica com melhora da recuperação e redução na morbidade pós-operatória e nos custos totais¹⁰, ainda existe muita dificuldade para a mudança de condutas médicas,

porém é necessário um trabalho contínuo e persistente de ensino e treinamento, e trabalho em equipe especializada no tratamento da dor, para melhorar o tratamento da dor aguda pós-operatória. Apesar das dificuldades para implantação, um protocolo para o manuseio da dor pós-operatória pode ser adotado, com rotina de avaliação que requer coleta simples, rápida e sem custos, e que causaria grande impacto na qualidade pós-operatória dos pacientes internados no serviço, que por ser um ambiente acadêmico, pode promover o incentivo para que sejam tomadas ações como essa, para conscientizar a equipe médica e de enfermagem da importância do controle da dor pós-operatória e de como tratar de modo adequado essa dor, que ainda continua subtratada em nosso meio e também em outros países^{5,12,13}.

CONCLUSÃO

Os dados evidenciaram que a intervenção proposta gerou mudanças discretas nas prescrições analgésicas pós-operatórias, porém suficientes para proporcionar diminuição na intensidade da dor em alguns momentos do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. *Br J Anaesth.* 2001;87(1):62-72.
2. Kehlet H, Dahl J. The value of "Multimodal" or "Balanced Analgesia" in postoperative pain treatment. *Anesth Analg.* 1993;7(5):1048-56.
3. Brown AK, Christo PJ, Wu CL. Strategies for postoperative pain management. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2004;18(4):703-17.
4. Kehlet H. Synergism between analgesics. *Ann Med.* 1995;27(3):259-62.
5. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggests postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg.* 2003;97(2):534-40.
6. Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, et al. A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain.* 2008;137(2):441-51.
7. Landgraf CS, Marques RC, Pires OC, et al. Avaliação da analgesia pós-operatória em um hospital universitário. *Rev Dor.* 2010;11(4):319-22.
8. Hartrick CT. Multimodal postoperative pain management. *AM J Health Syst Pharm.* 2004;61(Suppl 1):4-10.
9. Joshi GP, White PF. Management of acute and postoperative pain. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2001;14(4):417-21.
10. Giancoli LGT, Fonseca MAFLA, Constantino E, et al. Palestra e manual sobre tratamento da dor, não alteraram a prescrição de analgésicos no pós-operatório de cirurgias ginecológicas. *Rev Dor.* 2012;13(4):338-42.
11. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth.* 1997;78(5):606-17.
12. Sauaia A, Min SJ, Leber C, et al. Postoperative pain management in elderly patients: correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(2):274-82.
13. Charuluxananan S, Thienthong S, Rungreungvanich M, et al. A survey of post anesthetic pain management in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2009;92(8):1028-32.