

AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA E DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA PARA COLECISTECTOMIA

EVALUATION OF CHOLECYSTECTOMY UNDERGONE PATIENTS POSTOPERATIVE PAIN AND SATISFACTION DEGREE

Raquel Normando Cunha,* Mozer da Silva Campos,** Juscimar Carneiro Nunes,*** Thiago Monteiro de Carvalho****

Resumo

Objetivos: O presente estudo tem o objetivo de avaliar a incidência de dor aguda e o grau de satisfação do paciente com o tratamento recebido no pós-operatório. **Métodos:** A população estudada foi composta de pacientes cirúrgicos submetidos à colecistectomia no período de sete meses no Hospital Universitário Getúlio Vargas. Os pacientes foram abordados após 24 horas do término da cirurgia e questionados sobre a presença de dor em algum momento e, em caso positivo, classificaram-na dentro da escala visual analógica (EVA) da dor. Perguntas adicionais sobre a vontade de ter recebido mais medicações analgésicas e o grau de satisfação com o tratamento analgésico recebido foram incluídas no questionário. **Resultados:** Quando questionado sobre a dor, apenas 14,09% pacientes relataram ausência de dor, 50,34% pacientes queixaram dor leve, 30,87% dor moderada e 4,70% dor intensa. Apesar da alta incidência, com um total de 72% dos pacientes queixando-se de dor aguda pós-operatória, 77,85% dos pacientes afirmaram que não necessitavam de mais medicamentos analgésicos e 81,88% mostraram-se satisfeitos com o tratamento recebido. **Conclusão:** A medicina focada em seu aspecto de doença finda por não tratar como prioridade a dor do paciente. Até o próprio absorve esse conceito, conforma-se e julga ser aceitável a dor pós-operatória. Dentro de suas expectativas, o paciente não está ciente do grau de analgesia que merece receber. Esse cenário precisa mudar, o paciente deve expressar sua dor e uma equipe multidisciplinar, composta por equipe de enfermagem, médicos cirurgiões e anesthesiologists, deve estar capacitada para atendê-los.

Palavras-chave: Dor aguda, Dor, Analgesia, Satisfação.

Abstract

Objectives: This study aims to assess the acute pain incidence and the patient's satisfaction degree with the treatment received postoperatively. **Methods:** The study population consisted of cholecystectomy undergone patients in the period of seven months at University Hospital Getúlio Vargas. Patients were addressed 24 hours after the surgery end, asked about the pain presence at some point, if so, rated it within the visual analogue scale of pain. Additional questions about the desire of receiving more analgesics and satisfaction with the analgesic treatment received were included in the questionnaire. **Results:** When asked about pain, only 14,9% patients reported no pain, 50,34% patients complained mild pain, 30,87% moderate pain and 4,70% severe pain.

*Graduada em Medicina (Ufam), médica residente de Anestesiologia (HUGV)

**Acadêmico de Medicina (Ufam).

***Graduado em Medicina (Ufam), especialista em Anestesiologia (SBA/AMB/CFM), mestrado (Unifesp), doutorado (Unesp). Professor da disciplina de Anestesiologia da Faculdade de Medicina e supervisor do Programa de Residência Médica em Anestesiologia da Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Professor da disciplina de Anestesiologia Clínica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

**** Graduado em Medicina (UFRR), médico residente de Anestesiologia (HUGV).

Despite the high incidence, with 72% patients complaining of acute postoperative pain, 77,85% of patients stated that they did not need more painkillers and 81,88% were satisfied with the treatment received. **Conclusion:** The medicine focused on their appearance of illness, ending not treat as a priority the patient's pain. Even the patient absorbing this concept conforms to it and thinks about postoperative pain as a common outcome. Within their expectations, the patient is not aware about the acceptable analgesia degree. This scenario needs to change, the patient should express their grief and a multidisciplinary team consisting of nursing staff, surgeons and anesthesiologists should be trained to serve them well.

Keywords: : Acute pain, Pain, Analgesia, Satisfaction.

Introdução

Apesar dos avanços no arsenal terapêutico para analgesia, a dor pós-operatória ainda é muito frequente e permanece sendo uma causa de sofrimento para o paciente cirúrgico. Alguns dos fatores que contribuem para esse fato é o conformismo do paciente e a grande preocupação dos médicos com os efeitos adversos das drogas. A educação tanto dos pacientes quanto da equipe multidisciplinar assistente, dentre eles técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos cirurgiões e médicos anesthesiologistas, trará ganhos na assistência ao paciente. A graduação da dor com o uso da escala analógica visual é de grande valia e o seu uso rotineiro contribui para o tratamento satisfatório.^{1,2,3,4,5}

Procedimentos cirúrgicos levam a grandes alterações na hemostasia do corpo causando hipercatabolismo, hipercoagulabilidade e inflamação. Esse quadro sem intervenção oportuna leva ao aumento da frequência cardíaca, da resistência vascular sistêmica, de catecolaminas circulantes elevando o risco de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Outras complicações possíveis são sangramento, náuseas e vômito, dor, íleo paralisado, fadiga, distúrbios do sono e da mecânica respiratória. Esse quadro compõe a resposta endócrino-metabólica ao trauma e cada um desses sintomas e complicações contribui para o aumento da morbidade e permanência do paciente da instituição hospitalar no pós-operatório. Intervenções com o intuito de abolir essa resposta fisiológica é recomendável e nesse campo o tratamento da dor ganha importância.^{1,2,5}

A dor, seja aguda ou crônica, quando inadequadamente tratada, tem repercussões negativas psicológicas, econômicas e sociais para os pacientes, seus familiares e para a sociedade. Logo, está justificado o empenho em promover analgesia satisfatória com uso de protocolos e uma equipe treinada para oferecer amparo ao paciente com dor.^{5,6,7,8}

Métodos

Este é um estudo prospectivo, descritivo, tipo corte transversal aonde foram submetidos à pesquisa pacientes cirúrgicos do Hospital Universitário Getúlio Vargas que realizaram cirurgia para colecistectomia no período de 1.º/4/2013 a 31/10/2013. Foram inclusos na pesquisa pacientes com estado físico ASA I, ASA II e ASA III, sem limite de faixa etária, tanto do sexo masculino quanto feminino. Foram excluídos do estudo pacientes que realizaram seu pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva e aqueles que não compreenderam a metodologia da pesquisa. As técnicas anestésicas foram usualmente empregadas pelo corpo clínico do Serviço de Anestesiologia bem como a analgesia pós-operatória também não sofreram interferências, sendo mantida a prescrição pelos médicos responsáveis pela condução do paciente na enfermaria pós-cirúrgica. O estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ufam.

Os pacientes selecionados para o estudo responderam ao questionário informando seus dados pessoais e no pós-operatório foram abordados na enfermaria após 24 horas de pós-operatório. Nessa ocasião, o paciente foi questionado se houve dor em algum momento

após a cirurgia e se a resposta for positiva, classificaram-na por meio da escala visual analógica de dor (EVA). Em uma pontuação que varia de 0 a 10, é considerado dor leve quando atribuído os escores 0, 1 e 2, é considerado dor moderada, quando atribuído valores 3, 4, 5, 6 e 7 e, por último, é considerado dor intensa quando atribuído valores 8, 9 e 10. Adicionalmente, foram questionados sobre grau de satisfação com o tratamento analgésico oferecido e se desejariam ter recebido mais medicamento para o tratamento da dor. Dados de prontuário como idade, sexo, índice de massa corporal, estado físico, pressão arterial, frequência cardíaca, tipo de anestesia a que o paciente foi submetido e se a cirurgia foi realizada por videolaparoscopia ou laparotomia, foram anotados no momento da abordagem.

As informações foram registradas em um banco de dados, sendo utilizado o programa Epi Info. As análises estatísticas serão realizadas por meio de testes do qui-quadrado e t de student ou teste de Mann Whitney para testar diferenças entre variáveis categóricas e contínuas, respectivamente. Métodos padrões de análise para estudos descritivos serão conduzidos. A análise dos dados foi iniciada com descrição estatística simples, IC 95% e testes de significância foram empregados para validar essas proporções encontradas. A curva de sobrevida foi formulada a partir da análise de Kaplan-Meier.

Resultados

Um total 149 pacientes participaram do estudo

respondendo ao questionário proposto. A faixa etária incluiu pacientes adolescentes (2,68%), adultos (74,50%) e idosos (22,82%), do sexo feminino (87,25%) e masculino (12,75%). Durante o período de coleta de dados houve colecistectomias videolaparoscópicas (28,19%) e por laparotomia (71,81%) e a técnica anestésica escolhida foi variável, sendo anestesia geral balanceada (85%), anestesia combinada de geral + peridural (11%), bloqueio peridural isolado (2%) e anestesia geral venosa total (3%).

Quando questionado sobre a dor, apenas 21 (14,09%) pacientes relataram não ter sentido nenhuma dor, 75 (50,34%) pacientes queixaram dor leve, 46 (30,87%) dor moderada e 7 (4,70%) dor intensa. Apesar da alta incidência de dor no pós-operatório, com um total de 128 pacientes (72%) queixando-se de dor em algum momento das primeiras 24 horas de pós-operatório, 77,85% dos pacientes afirmaram que não necessitavam de mais medicamentos analgésicos e 81,88% afirmaram que estavam satisfeitos com o tratamento que receberam.

A relação entre a dor referida pelo paciente e o tipo de anestesia a que ele foi submetido mostrou que daqueles que receberam bloqueio regional peridural, nenhum apresentou queixa de dor intensa no pós-operatório, porém não houve significância estatística conforme representado no Gráfico 1. A relação da dor com o tipo de cirurgia mostrou que proporcionalmente os pacientes submetidos a cirurgias videolaparoscópicas evoluíram com menor intensidade da dor na escala visual analógica (EVA) conforme a Gráfico 2.

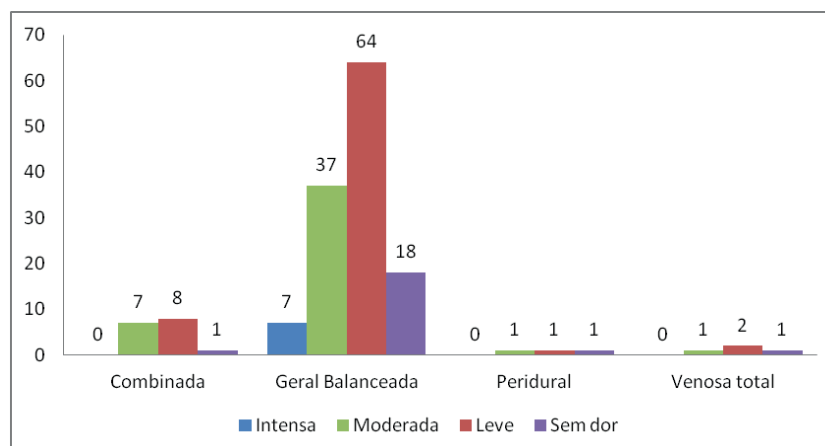


Gráfico 1: Relação entre o tipo de anestesia x intensidade da dor (p-valor = 0.8261).

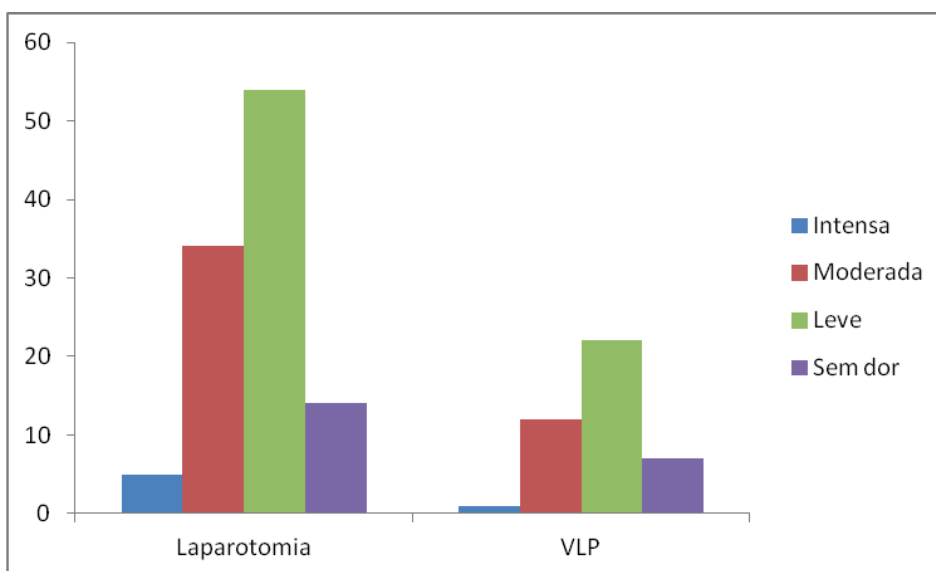


Gráfico 2: Relação entre o tipo de cirurgia e a intensidade da dor (p-valor = 0.2357).

O estado físico dos pacientes variou de P1 a P3, sendo 90 (60,40%) pacientes em estado físico ASA I, 37 (24,83%) em estado físico ASA II e 22 (14,65%) pacientes em estado físico ASA III. Os pacientes em estado físico P3 foram os que

mais queixaram dor, com um total de 95,45% afirmando sentir dor ao questionamento. Esses dados estão demonstrados no Gráfico 3 e não houve relevância estatística.

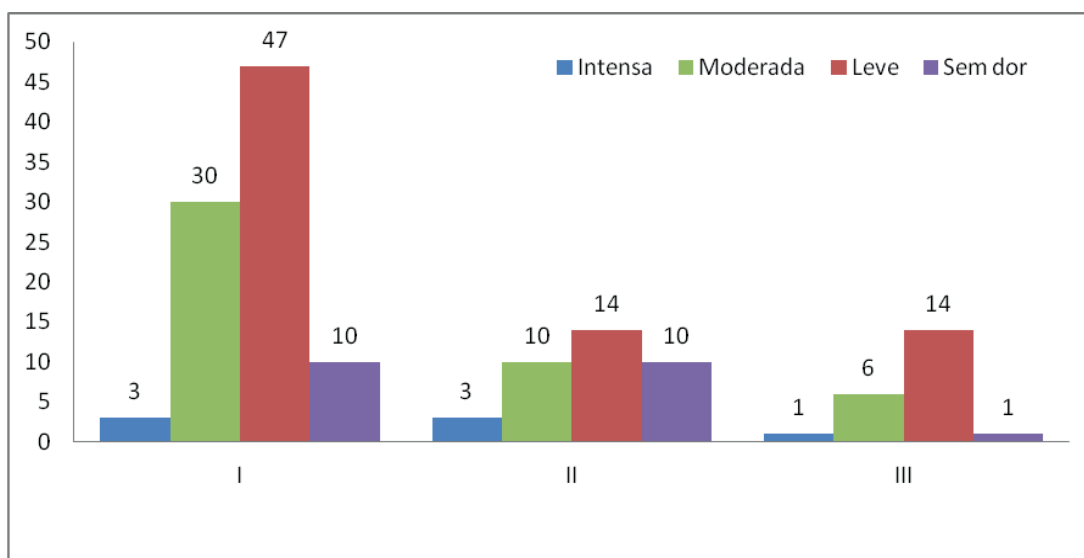


Gráfico 3: Relação entre o estado físico ASA x intensidade da dor (p-valor = 0.1254).

Os resultados mostraram uma alta incidência de dor mesmo naqueles pacientes que receberam analgésicos potentes no pós-operatório imediato conforme demonstrado no Gráfico 4. Dos pacientes que receberam opioides, 84,33%

relataram ter sentido dor, enquanto aqueles que receberam sua analgesia com outras classes de medicamentos, como anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos, 87,87% referiram dor aguda nas primeiras 24 horas.

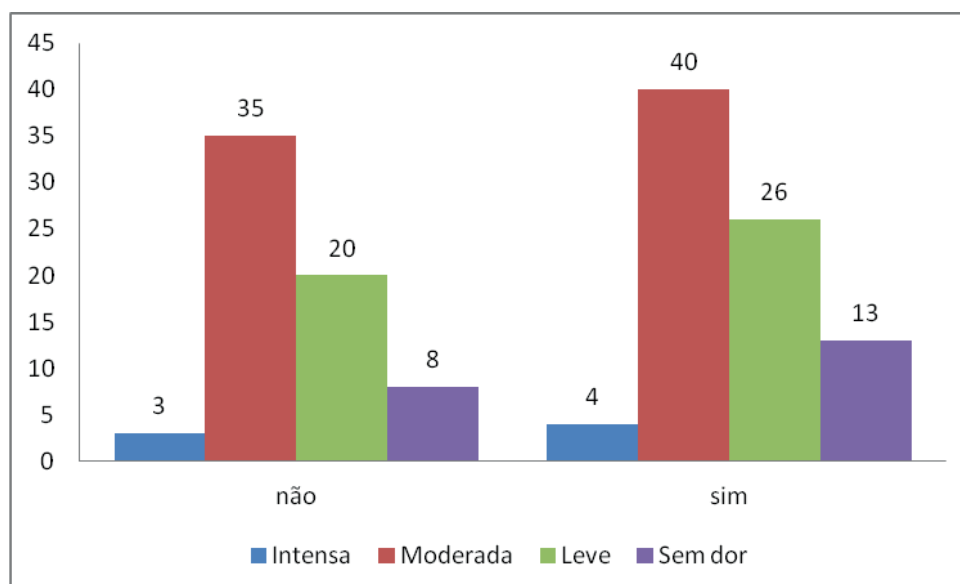


Gráfico 4: Relação entre o uso de opioides x intensidade da dor (p-valor = 0.9397).

Discussão

A dor aguda está presente em todo o mundo, em países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. Independentemente de sua etiologia, seja dor no período pós-operatório, dor em pacientes com câncer ou dor ocasionada por traumatismo em serviços de urgência/emergência, o alívio da dor tem sido inadequado. Apesar de todo o conhecimento da fisiopatologia da dor e do grande arsenal terapêutico disponível, o sucesso do tratamento da dor encontra-se mais teórico do que prático.^{5,7,8,9,10}

A medicina atual focada em seu aspecto de doença e seus mecanismos fisiopatológicos finda por não tratar como prioridade a dor do paciente. Mais importante que o conforto e bem-estar deste, recebe enfoque a cicatrização da ferida cirúrgica, presença de fístulas e débito dos drenos. Estudos apontam que mais de 40% dos pacientes em pós-operatório apresentam dor de moderada à severa intensidade revelando o grande índice de falha terapêutica. Os principais fatores para esse controle inapropriado são médicos com pouca experiência, mitos sobre a adição e temor de complicações após alta hospitalar.^{3,5,10,11}

Até o próprio paciente absorve esse conceito e conforma-se com o fato, supondo ser normal e aceitável a dor pós-operatória. Dentro de

suas expectativas, o paciente não está ciente do grau de analgesia que merece receber. Esse cenário precisa mudar, o paciente deve ser orientado a expressar sua dor e deve existir uma equipe multidisciplinar, composta por médicos cirurgiões, médicos anesthesiologistas e equipe de enfermagem capacitada para atendê-los.^{3,4,5}

No estudo em questão, 35,57% relataram dor e a classificaram como de moderada à intensa segundo a escala visual analógica. Esse dado mostra que o estudo feito no Hospital Universitário Getúlio Vargas, assim como em diversos estudos já realizados com esse mesmo enfoque, a analgesia está sendo insuficiente para o nível de dor apresentado pelo paciente. Apesar de ser claramente possível otimizar a terapêutica nessa ocasião, 97,32% dos pacientes declararam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a analgesia que lhes foi prescrita. Isso reflete o que foi acima citado, o julgamento de que a dor é parte normal do processo anestésico-cirúrgico, está enraizada culturalmente tornando-se um problema de difícil manejo.^{3,4,5}

A analgesia pós-operatória é um grande passo para diminuir a morbidade do paciente e trazer conforto em sua estada hospitalar. Permite ao paciente a deambulação precocemente com prevenção de doenças tromboembólicas como tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda, assim como permite a fisioterapia

respiratória prevenindo a atelectasia e infecções pulmonares. Uma complicação digna de preocupação é dor crônica pós-cirúrgica. Esta ocorre mais frequentemente após toracotomias para ressecção pulmonar, herniorrafias inguinais e mastectomias, e são fatores de risco reconhecidos para essa síndrome intensidade e persistência da dor aguda pós-operatória não tratada. A síndrome da dor crônica prende o paciente ao serviço de saúde, levando-o a repetidas consultas durante várias semanas ou meses sem resolutividade. A dificuldade do tratamento traz ao paciente e à equipe cirúrgica certo grau de insatisfação e frustração. Logo, a prevenção dessa condição sempre será o melhor caminho.^{1,2,6,7,8}

Há três pontos que devem ser levados em consideração na abordagem da dor pós-operatória: a terapia com analgesia multimodal, protocolos específicos para cada procedimento baseado em evidências; e o requerimento analgésico individual do paciente. O ponto-chave desses protocolos não está somente em diminuir a dor, mas também em reduzir os efeitos adversos dos medicamentos analgésicos trazendo qualidade ao pós-operatório.^{4,12}

A analgesia multimodal ou balanceada surgiu trazendo benefícios, tendo como princípios os efeitos aditivos e sinérgicos das drogas analgésicas. A combinação de drogas favorece a diminuição da dose de cada uma, pois

cada droga irá agir por meio de mecanismos de ação distintos aplicando-se os princípios anteriormente citados. Essa redução da dose possibilita baixa incidência de efeitos adversos visto que há uma relação direta entre eles.^{4,10,12}

Cada procedimento cirúrgico tem a própria característica e risco pós-operatório; logo, o uso da analgesia combinada deve ser avaliado individualmente para cada cirurgia visando reduzir suas eventuais consequências clínicas. Temos como exemplo o uso de opioides em baixas doses associados a bloqueio peridural para cirurgias do aparelho digestivo, pois nessas cirurgias há potencial risco de desenvolvimento de íleo paralítico. Assim como seria benéfico medicamentos analgésicos não opioide em cirurgias de abdome superior e naquelas por videolaparoscopia onde há maior prevalência de náuseas e êmese. Outro caso a ser considerado é o uso de drogas não anti-inflamatórias em cirurgias da otorrinolaringologia pela possibilidade de sangramento, e uso preferencial de técnicas anestésicas regionais associada à analgesia sistêmica em cirurgias torácicas com o intuito de manter gradiente de ventilação/perfusão com volumes e capacidades pulmonares adequados, prevenir hipoxemia, atelectasias e pneumonia no pós-operatório.^{4,12,13}

Atenção especial deve ser direcionada para certas cirurgias e, especialmente, nas primeiras 24 horas de pós-operatório conforme Figura 1 abaixo:

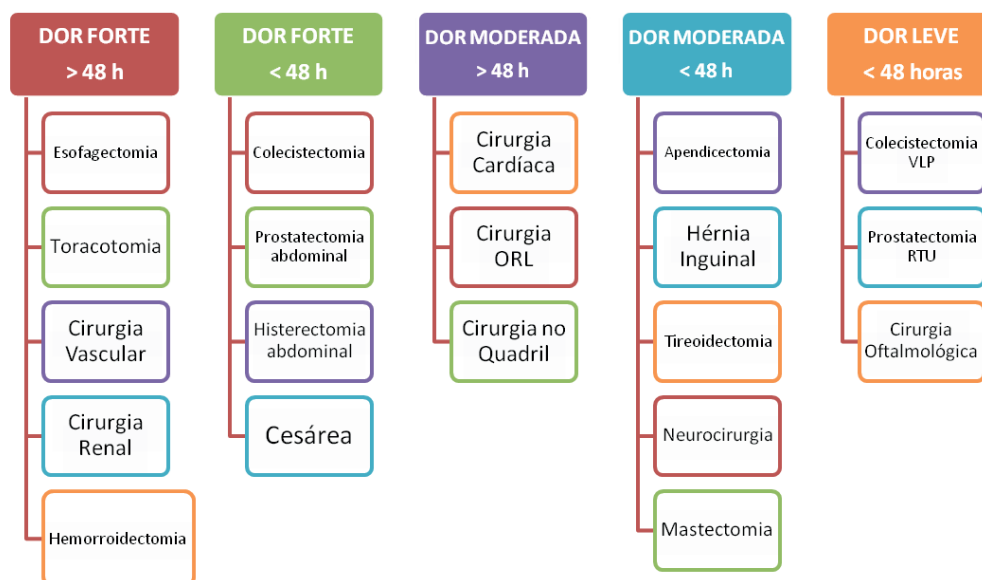


Figura 1: Demonstrativo do potencial de dor de cada cirurgia.

Salvo a tolerância de dor de cada paciente, pode-se notar que a colecistectomia por laparotomia tem potencial para causar dor intensa nas primeiras 48 horas, o que tornaria necessário um esquema analgésico adaptado para esse nível de dor. Já a cirurgia por videolaparoscopia tem um potencial menor para dor, podendo assim a terapia analgésica ser realizada sem medicamentos opioides.^{12,13}

A percepção da intensidade da dor e a necessidade de tratamento são bastante variáveis e deve ser avaliada separadamente. Alguns fatores são sabidamente preditores de dor no pós-operatório como presença de dor aguda ou crônica antes da cirurgia, distúrbios do humor (níveis altos de ansiedade ou estados depressivos), estado físico ASA III ou IV e idade menor que 21 anos. Quanto ao sítio cirúrgico, a intensidade da dor é maior em cirurgias torácicas seguidas por cirurgias em abdome superior, abdome inferior e cirurgias ortopédicas. O paciente deve ser orientado quanto ao procedimento cirúrgico e o que acontecerá em seu pós-operatório, só essa simples informação já diminui o seu nível de ansiedade. Ele deve estar ciente de que existe uma equipe apta para atendê-lo na enfermaria e que o alívio da dor faz parte do seu tratamento.^{2,4,12,13,14,15}

Existe uma escada da dor proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996 que nos ajuda a manusear a terapia da dor. Para dor considerada leve, ou seja, aquela com escore de 1-4 na escala visual analógica, deve-se usar analgésicos comuns de baixa potência como dipirona e paracetamol associados ou não a fármacos anti-inflamatórios não esteroides + adjuvantes. Para dor classificada como moderada, ou seja, com escore de 5-7, devem-se usar fármacos opioides fracos associados a anti-inflamatórios não esteroides + adjuvantes. Para dor considerada intensa, ou seja, com escore de 8-10 na escala, sugere-se iniciar com opioides fortes + anti-inflamatórios não esteroides + adjuvantes e, se necessário, poderá ser realizados métodos invasivos para o alívio da dor, como bloqueios anestésicos periféricos ou regionais.^{4,16}

Um caminho de forte incentivo é a analgesia

controlada pelo paciente, nesta o paciente comanda uma bomba de infusão contínua de analgésicos. Essa modalidade traz conforto e tranquilidade ao paciente, já que ele mesmo diz quando e quanto de analgésico necessita. Está fortemente indicada na analgesia pós-operatória, diminuindo o tempo entre a demanda e a oferta da medicação, além de permitir uma concentração plasmática constante e mais apropriada do fármaco, evitando doses que propiciam efeitos indesejáveis.^{1,2,6,7}

Segundo informações coletadas no nosso estudo, não houve grandes diferenças na incidência nem mesmo na intensidade da dor naqueles pacientes que utilizaram fármacos opioides e naqueles que utilizaram sua analgesia somente com analgésicos comuns e anti-inflamatórios não esteroides. Alguns questionamentos podem ser feitos na tentativa de explicar tal fato. Foi usada a escala visual analógica da dor? O opioide estava bem indicado nos casos em que foi utilizado? Quando utilizado, foi prescrito de modo sistemático ou como medicação de resgate? Nesta última situação sendo necessário primeiro o paciente sentir dor para depois receber a medicação. Esses questionamentos permanecem e será de grande valia novos estudos com o intuito de respondê-los.¹⁶

Conclusão

A dor envolve complexas reações fisiológicas com manifestações autonômicas e psicológicas negativas como mal-estar, sensação de fadiga, aumento do consumo de oxigênio, espasmos musculares, má perfusão tecidual, liberação hormonal de cortisol e glucagon e aumento do catabolismo de uma maneira geral.^{1,2,4,5}

A dor é um sintoma de difícil mensuração, cada indivíduo a sente de sua maneira e com graus de intensidade variáveis. Talvez por essa variabilidade encontramos resultados desiguais no estudo, como exemplo nos pacientes com queixa de dor intensa e outros sem queixas algicas apesar de terem sido submetidos ao mesmo procedimento cirúrgico e tratamento analgésico. A valorização da resposta de cada paciente é fundamental para o sucesso do tratamento e a escala visual analógica

juntamente com a escada da dor da OMS orienta a terapêutica medicamentosa.^{5,12,15}

Dessa maneira, os pacientes cirúrgicos do Hospital Universitário Getúlio Vargas seriam melhor amparados quanto as suas necessidades físicas e psicológicas, aumentando seu grau de satisfação e bem-estar. É esperado que o alívio da dor pós-operatória leve a desfechos favoráveis como redução de disfunções orgânicas, da morbidade e conseqüente diminuição do tempo de internação hospitalar. Dados estatísticos ainda não são suficientes para provar impactos sobre a mortalidade.^{1,2,4,8}

Referências

1. Cavalcanti I, Cunha L, Abrão M, Sarmento R. Tópicos de anestesia e dor. Rio de Janeiro: Saerj, 2011. p. 445-474.
2. Cangiani L, Posso I, Potério G, Nogueira C. Tratado de Anestesiologia. 6.^a ed. São Paulo: Saesp, 2006. p. 379-485.
3. Iuppen LS, Sampaio FH, Stadnik CMB. Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor, o quinto sinal vital, no controle da dor pós-operatória. Rev Dor São Paulo, 2011; 12(1): 29-34.
4. White P, Kehlet H. Improving postoperative pain management. Anesthesiology 2010; 112: 220-5.
5. Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain Management: A fundamental human right. Pain Medicine, 2007.
6. Joshi GP, White PF. Management of acute and postoperative pain. Curr Opin Anaesthesiol 2001; 14: 417-421.
7. Power I. Recent advances in postoperative pain therapy. British Journal of Anesthesia 2005; 95(1): 43-51.
8. Apfelbaum J, Chen C, Mehta S, Gan T. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg 2003; 97: 534-40.
9. Joshi GP, White PF. Management of acute and postoperative pain. Curr Opin Anaesthesiol 2001; 14: 417-421.
10. Ballantyne J. Managing acute pain in the developing world. International Association for the study of pain (IASP), Pain Clinical Updates, vol. XIX, Issue 3, June, 2011.
11. Sommer M, de Rijke JM, van Kleef M et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. Eur J Anaesthesiol 2008; 25: 267-274.
12. Usichenko I, Rottenbach I, Kohlmann T, Julich A., Lange J, Mustea A, Engel G, Wendt M. Implementation of the quality management system improves postoperative pain treatment: a prospective pre-/post-interventional questionnaire study. British Journal of Anesthesia 2013; 110(1): 87-95.
13. Couceiro T, TSA et al. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. Rev. Bras. Anesthesiol. vol. 59, n. 3, Campinas, May/June, 2009.
14. Uchiyama K, Kawai M, Tani M et al. Gender differences in postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2006; 20: 448-451.
15. Gesbershagen H, Rothaug J, Kalkman C, Meissner W. Determination of moderate-to-severe postoperative pain on the numeric rate scale: a cut-off point analysis applying four different methods. British Journal of Anaesthesia 2011; 107(4): 619-26.
16. Daudt A, Hadlich E, Facin M, Aprato R, Pereira R. Opioides no manejo da dor - uso correto ou subestimado? Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rev Ass Med Brasil 1998; 44(2): 106-10.