



Ficha técnica No. 1

O que o Público Deve Saber Sobre Dor Pós-Operatória

Mais de 300 milhões de cirurgias são realizadas anualmente em todo o mundo. Elas variam de simples procedimentos ambulatoriais a longas cirurgias em órgãos cruciais de pacientes frágeis. A dor pós-operatória costuma ser considerada inevitável, algo a ser suportado. De fato, quase metade dos pacientes pós-cirúrgicos pesquisados no final do século XX informaram graves episódios de dor pós-operatória. A dor pós-operatória de longa duração surgiu como tópico digno de estudo sistemático apenas cerca de 25 anos atrás, em parte em função dos esforços da IASP.

O recente alinhamento das solicitações dos clientes por melhor conforto pós-operatório com os interesses dos clínicos em promover internações pós-operatórias mais curtas e sem problemas transformou a prática do controle pós-operatório. Ao mesmo tempo, técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e novos métodos de controle da dor pós-operatória com menos efeitos colaterais permitem mais procedimentos ambulatoriais ou altas hospitalares após breve período de internação. No entanto, a maior avaliação da dor na prática clínica revelou que a dor costuma persistir por um longo tempo após a cirurgia.

Em resumo, a abordagem antiga à dor pós-operatória:

- Aceitar que a dor será em geral grave porque as técnicas cirúrgicas tradicionais usavam grandes incisões que lesavam tecidos vizinhos “inocentes”
- Estimular uma abordagem fatalista à dor durante a internação
- Não abordar a dor de pacientes recém-dispensados que auto-administraram (ou tiveram a dor administrada por familiares) em casa.
- Centrada em regimes simples com efeitos colaterais frequentes, como “morfina quando necessário”
- Não coletar dados para revelar padrões de dor persistindo por muito tempo após a cirurgia
- Abordar problemas hospitalares com o tratamento da dor usando qualquer pessoa que esteja livre no momento.

Em contraste, a abordagem moderna da dor pós-operatória:

- Presumir que quase toda dor pós-operatória pode – e deve – ser tratada para otimizar as funções físicas e emocionais
- Avaliar a intensidade da dor em repouso e com atividade importante para adaptar a terapia antálgica às necessidades de reabilitação, em geral visando a intensidade leve mas com notáveis exceções com no caso de trauma grave com estado mental alterado.
- Identificar com antecedência os pacientes que possam necessitar de atenção especial, por exemplo, devido a problemas comportamentais ou terapia pré-cirúrgica com opioides.
- Levar em consideração diferenças entre pacientes na experiência e no informe da dor, preferências entre possíveis tratamentos e resposta a terapia – refletindo fatores como gênero e etnia.
- Continuar com a avaliação do paciente após a alta para reconhecer e tratar dor persistente e outras consequências cirúrgicas indesejáveis o mais cedo possível.
- Reconhecer (em alguns países) que o tratamento da dor aguda como a pós-cirúrgica se tornou uma subespecialidade médica devido ao crescimento do conhecimento e de técnicas especializadas como anestesia regional.

O que você e sua família devem fazer para garantir os maiores benefícios desses avanços recentes?

- Discutir com o cirurgião se o procedimento proposto deverá produzir dor e, se for o caso, qual deverá ser sua intensidade, por quanto tempo e qual será o plano de tratamento. Algumas cirurgias correm maior risco de dor pós-operatória persistente do que outras.
- Chamar a atenção do cirurgião ou outros membros da equipe (anestesiologista, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico) aos aspectos importantes do histórico médico ou situação atual como problemas anteriores de dor, terapias atuais antálgicas, e condições como reações adversas a medicamentos.
- Pergunte:
 - Quem irá formular meu “plano de dor” pessoal (mesmo se for apenas um protocolo padrão de eficácia provada em pacientes anteriores que se submeteram ao mesmo procedimento)?
 - Meu plano de dor será “multimodal”? Ou seja, vai combinar tipos diferentes de analgésicos e/ou anestesia local como bloqueio peridural ou nervoso para reduzir a confiança em um único medicamento como a morfina?
 - Quais medidas serão tomadas para prever minha possível necessidade de dose de opioide maior do que o normal para controlar minha dor (para pacientes recebendo tratamento com opioides preoperatoriamente)?
 - Quem irá monitorar meu plano de dor e ajustá-lo ou mudá-lo se for necessário?
 - Quais são os planos para controle da minha dor depois da alta hospitalar:
 - Se a dor persistir depois da alta, a quem posso recorrer, noite e dia, se meu plano de dor for inadequado para me proporcionar descanso e recuperação

(se respirar fundo ou fisioterapia não funcionarem, por exemplo), se a medicação causar efeitos colaterais inaceitáveis ou se a dor voltar ou piorar?

Este guia estimula o tratamento centrado nos pacientes e seus familiares mediante evidência e tomada de decisão compartilhada. Outras Fichas Técnicas desta série preparadas pela IASP para Ano Global de Combate à Dor Pós-Operatória 2017 com foco em grupos específicos de pacientes (como crianças e idosos) e cirurgias (com após trauma ou para câncer).

AUTORES

Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPMANZCA (Hon)
Professor of Public Health and Community Medicine
Professor of Anesthesiology and Medicine
Founding Director, Tufts Program on Pain Research, Education and Policy
Boston, Mass.,USA
Bart Morlion, MD, PhD, DESA
Director of the Leuven Center for Algology & Pain Management
University Hospitals Leuven, KU Leuven, Belgium
Hon. Assoc. Professor, University of Groningen, Netherlands

REVISORES

Oscar A.DeLeon-Casasola, MD
Professor of Anesthesiology and Medicine
Senior Vice Chair, Department of Anesthesiology, University at Buffalo, Jacobs School of Medicine
Chief, Division of Pain Medicine and Professor of Oncology
Roswell Park Cancer Institute
Buffalo, New York, USA

Lars Arendt - Nielsen, Dr Med Sci, PhD, FRSM, FIAMBE
Director, Professor, Center for Sensory-Motor Interaction
Department of Health Science and Technology
School of Medicine, Aalborg University
Aalborg, Denmark

TRADUÇÃO

Juliana Barcellos de Souza, Ph.D.
Fisioterapeuta, Preceptora da Residência IMS, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis, SC

Sobre a Associação Internacional para o Estudo da Dor®

IASP é o fórum líder profissional para a ciência, prática e educação no campo da dor. A associação é aberta a todos os profissionais envolvidos na investigação, diagnóstico ou tratamento da dor. IASP tem mais de 7.000 membros em 133 países, 90 capítulos nacionais e 20 Grupos de Interesse Especial.

©Direitos de autor 2017 Associação Internacional para o Estudo da Dor. Todos os direitos reservados.

A SBED é o capítulo brasileiro da IASP e reúne cientistas, médicos, profissionais de saúde e formuladores de políticas para estimular e apoiar o estudo da dor e traduzir esse conhecimento em melhor alívio da dor em todo o mundo.