



Ficha técnica n° 4

Dor Pós-Operatória Crônica:

Definição, Impacto e Prevenção

Uma definição prática de dor pós-operatória crônica (DPOC) foi proposta por Macrae [8] e depois refinada por Werner [15]:

- Dor que persiste por pelo menos três meses após a cirurgia (vários autores propõem limiares de duração de dois a seis meses).
- Dor ausente antes da cirurgia ou com características diferentes ou de maior intensidade do que a dor pré-operatória.
- Dor localizada no local da cirurgia ou área referida.
- Outras causas possíveis de dor são excluídas (p. ex., recidiva de câncer, infecção).
- A DPOC se tornou uma prioridade de saúde e está programada para ser incluída na próxima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11 [13]).

Estimativas da incidência e gravidade da DPOC variam substancialmente dependendo da metodologia de estudo (incluindo como é definida):

- ADPOC ocorre em aproximadamente um ou dois a cada dez pacientes e é intolerável em aproximadamente uma a cada dez cirurgias. Em um grande estudo observacional, 2.2% de pacientes pós-operatórios relataram DPOC grave (i.e., END acima de 6, em uma escala de zero a 10) um ano após a cirurgia [5].
- O tipo de procedimento cirúrgico influencia a incidência de DPOC (p. ex., 35% após toracotomia e cirurgia de mama, 20% após artroplastia de joelho e 10% após artroplastia de quadril) e sua intensidade (p. ex., artroplastia de articulação é maior do que operações ginecológicas ou outras cirurgias viscerais).
- Os procedimentos laparoscópicos e minimamente invasivos são associados a incidência semelhante de DPOC (colecistectomia, histerectomia) ou apenas uma incidência levemente menor (mastectomia, hérnia inguinal).
- As taxas de incidência de DPOC são semelhantes a procedimentos comparáveis realizados em pacientes internados ou não [4,7].

- Estimativas detalhadas da incidência e gravidade da DPOC dependem do instrumento de avaliação usado para identificá-las [6].
- Lesão nervosa é um importante, porém não apenas o único fator de risco para DPOC neuropática; lesão nervosa parcial deve ser evitada usando-se técnicas de preservação do nervo quando possível [9]

A previsão de DPOC pode em teoria permitir um alvo preemptivo de pacientes individuais em risco:

- Fatores clínicos predizem aproximadamente 70% de risco para DPOC [11]: tipo de cirurgia, idade, saúde física e mental e dor pré-operatória (no local da cirurgia ou outro).
- Uma análise prospectiva de fator de risco [1] identificou cinco principais fatores preditivos: sobrecarga/excesso de tensão, dor pré-operatória no local da cirurgia, outras dores pré-operatórias (p. ex., cefaleia), dor pós-operatória aguda, sintoma comórbido de estresse, como tremores, ansiedade, ou distúrbios do sono (inclusive prevenção ou tratamento de quaisquer dos dois últimos sintomas com medicamentos).
- Uso pré-operatório de opioides aumenta o risco de DPOC com RR de 2.0 (intervalo de confiança de 95%, 1.2-3.30 [14].
- Dor pós-operatória é um determinante importante para o desenvolvimento de DPOC, principalmente a duração de dor severa após a cirurgia, isto é, a quantidade de tempo gasto com dor aguda não aliviada ao invés de, por exemplo, uma classificação única de pico de intensidade de dor [5].
- Dor neuropática precoce pode prever DPOC neuropática [9].

Como vários instrumentos clínicos de previsão de riscos, os citados acima não têm especificidade ou sensibilidade perfeitas e são mais bem vistos como guias amplos e não fórmulas precisas. Até hoje, a busca por fatores de risco genéticos só produziu resultados negativos [11].

Prevenção da DPOC [2,3]:

- Anestesia regional pode reduzir o risco de DPOC em alguns pacientes.
 - A anestesia peridural pode evitar DPOC após toracotomia em um de cada quatro pacientes tratados.
 - O bloqueio paravertebral em cirurgia de câncer de mama pode evitar DPOC em uma entre cinco mulheres.
- A cetamina em infusão perioperatória já produziu alguns efeitos positivos mas não uniformes [10].

Os gabapentinoides agregados não têm efeito significativo.

REFERÊNCIAS

[1]Althaus A, Hinrichs-Rocker A, Chapman R, Arranz Becker O, Lefering R, Simanski C, Weber F, Moser KH, Joppich R, Trojan S, Gutzeit N, Neugebauer E. Development of a risk index for the prediction of chronic post-surgical pain. Eur J Pain 2012;16:901–10.

- [2]Andrae MH, Andrae DA. Local anaesthetics and regional anaesthesia for preventing chronic pain after surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD007105.
- [3]Chaparro LE, Smith SA, Moore RA, Wiffen PJ, Gilron I. Pharmacotherapy for the prevention of chronic pain after surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD008307.
- [4]Duale C, Ouchchane L, Schoeffler P, Group EI, Dubray C. Neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: a French multicenter survey with a 6-month prospective follow-up. *J Pain* 2014;15:24:e21–24.e20.
- [5]Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, Kranke P, Komann M, Lehman T, Meissner W, euCPSP for the Clinical Trial Network group of the European Society of Anaesthesiology. Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study. *Eur J Anaesthesiol* 2015;32:725–34.
- [6]Haroutiunian S, Nikolajsen L, Finnerup NB, Jensen TS. The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *Pain* 2013;154:95–102.
- [7]Hoofwijk DM, Fiddelaers AA, Peters ML, Stessel B, Kessels AG, Joosten EA, Gramke HF, Marcus MA. Prevalence and predictive factors of chronic postsurgical pain and poor global recovery 1 year after outpatient surgery. *Clin J Pain* 2015;31:1017–25.
- [8]Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth* 2008;101:77–86.
- [9]Martinez V, Ben Ammar S, Judet T, Bouhassira D, Chauvin M, Fletcher D. Risk factors predictive of chronic postsurgical neuropathic pain: the value of the iliac crest bone harvest model. *Pain* 2012;153:1478–83.
- [10]McNicol ED, Schumann R, Haroutiunian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent postsurgical pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014;58:1199–213.
- [11]Montes A, Roca G, Sabate S, Lao JI, Navarro A, Cantillo J, Canet J, Group GS. Genetic and clinical factors associated with chronic postsurgical pain after hernia repair, hysterectomy, and thoracotomy: a two-year multicenter cohort study. *Anesthesiology* 2015;122:1123–41.
- [12]Nikolajsen L, Brix LD. Chronic pain after surgery in children. *Curr Opin Anaesthesiol* 2014;27:507–12.
- [13]Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;156:1003–7.
- [14]VanDenKerkhof EG, Hopman WM, Goldstein DH, et al. Impact of perioperative pain intensity, pain qualities, and opioid use on chronic pain after surgery: a prospective cohort study. *Reg Anesth Pain Med* 2012;37:19–27.
- [15]Werner MU, Kongsgaard UE. I. Defining persistent post-surgical pain: is an update required? *Br J Anaesth* 2014;113:1–4.

AUTORES

Patricia Lavand'homme, MD, PhD
Department of Anesthesiology and Postoperative Pain Service
Cliniques Universitaires Saint Luc
Catholic University of Louvain
Brussels, Belgium

Esther Pogatzki-Zahn, Prof. Dr.med.
Department of Anesthesiology, Intensive Care, and Pain Medicine
University Hospital Muenster
Albert-Schweitzer-Campus
Muenster, Germany

REVISORES

Mikito Kawamata, MD
Professor and Chairman
Department of Anesthesiology and Resuscitology
Shinshu University School of Medicine
Asahi, Matsumoto, Japan

Ewan McNicol, PharmD, MS, PREP
Associate Professor of Anesthesiology
Departments of Anesthesiology and
Preoperative Medicine and Pharmacy
Tufts Medical Center
Boston, Mass., USA

TRADUÇÃO

José Oswaldo de Oliveira Junior

Pós Graduado em Deontologia Médica pelo Instituto Oscar Freire (Orientação do Prof^o Dr. Armando Cânger Rodrigues).

Residência Médica em Neurocirurgia, Serviço de Neurocirurgia (Orientação do Prof^o Dr. Gilberto Guimarães Machado de Almeida) da Divisão de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Titular e Diretor do Departamento de Terapia Antálgica, Cirurgia Funcional e Cuidados Paliativos da Escola de Cancerologia Celestino Bourroul da Fundação Antônio Prudente de São Paulo.

Responsável pela Central da Dor e Estereotaxia do Hospital Antonio Candido Camargo da Fundação Antonio Prudente.

Responsável pelo Serviço de Tratamento Cirúrgico dos Transtornos do Movimento do Hospital de Transplantes do Estado de São Paulo.

Responsável pela Neurocirurgia Funcional e Grupo Especializado em Dor do Serviço de Neurocirurgia do Hospital Servidor Público Estadual.

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.