

Ocorrência de dor no período pós-operatório imediato de crianças submetidas à amigdalectomia *

Pain in the immediate postoperative period of children submitted to tonsillectomy

Fernanda Antunes Ribeiro¹, Rachel de Carvalho²

* Recebido do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A amigdalectomia é a cirurgia de maior frequência na prática otorrinolaringológica pediátrica, sendo considerada de baixo risco e geralmente o paciente recebe alta no mesmo dia, ou mesmo algumas horas após a operação. Os objetivos deste estudo foram avaliar a incidência e a intensidade da dor no pós-operatório imediato de crianças submetidas à amigdalectomia.

MÉTODO: Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição realizou-se este estudo descritivo, exploratório, de nível I, baseado em pesquisa documental por meio de coleta de dados em 99 prontuários de crianças submetidas à amigdalectomia, sendo analisado o conteúdo das anotações da equipe multiprofissional no período pós-operatório imediato.

RESULTADOS: Apresentaram dor na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) 11,11% dos pacientes, e o escore de intensidade da dor mais frequente foi 3. Apresentaram dor na unidade de internação 20,20% das crianças estudadas sendo 5 o escore de intensidade da dor mais frequente. As crianças que apresentaram maiores índices de dor na SRPA foram as que permaneceram maior tempo nessa unidade e na unidade de internação.

CONCLUSÃO: A amigdalectomia está associada à ocorrência de dor leve ou moderada no período pós-operatório imediato. A alta da SRPA foi mais tardia nas crianças que

tiveram maior intensidade de dor durante sua permanência nessa unidade, e a alta hospitalar foi mais tardia nas crianças que tiveram maior intensidade de dor durante sua permanência na unidade de internação.

Descritores: Amigdalectomia, cuidados pós-operatórios, Dor, Paciente pediátrico, Recuperação pós-anestésica.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Tonsillectomy is the most frequent pediatric ENT surgery being considered of low risk. In general, patients are discharged in the same day or even some hours after surgery. This study aimed at evaluating pain incidence and intensity in the immediate postoperative period of children submitted to tonsillectomy.

METHOD: After the Institution's Research Ethics Committee approval, this descriptive, exploratory, level II study was carried out, based on documental research via data collection from 99 records of children submitted to tonsillectomy. The content of records of the multiprofessional team in the immediate postoperative period was evaluated.

RESULTS: Only 11.11% of patients have referred pain in the Post-Anesthetic Care Unit (PACU) and most frequent pain intensity score was 3. Pain in the ward was referred by 20.20% of children and most frequent pain intensity score was 5. Children with higher pain scores in the PACU were those who remained for a longer time in this unit and in the ward.

CONCLUSION: Tonsillectomy is associated to mild or moderate pain in the immediate postoperative period. PACU discharge was later for children with higher pain intensity during their stay in this unit, and hospital discharge was later for children with higher pain intensity during their stay in the ward.

Keywords: Pain, Pediatric patient, Post-anesthetic recovery, Postoperative care, Tonsillectomy.

INTRODUÇÃO

A amigdalectomia ou tonsilectomia é a cirurgia de maior

1. Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

2. Enfermeira. Especialista em Cardiologia e Centro Cirúrgico, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Docente do Curso de Graduação e Coordenadora da Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Rachel de Carvalho

Rua Peixoto Gomide, 459/12 - Cerqueira César

01409-001 São Paulo, SP.

E-mail: rachel@einstein.br

frequência na prática otorrinolaringológica pediátrica, quando a maioria das crianças tem a sua primeira intervenção cirúrgica. É considerada de baixo risco e normalmente o paciente recebe alta no mesmo dia, ou mesmo algumas horas após o procedimento anestésico-cirúrgico^{1,2}. Atualmente, as indicações para a realização de amigdalectomia em crianças são divididas em absolutas e relativas. Entre as indicações absolutas destacam-se: hipertrofia das amígdalas, síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono, suspeita de malignidade, amigdalite hemorrágica, déficit de crescimento, anormalidades de linguagem, dificuldade de alimentação, má oclusão dentária e anormalidades do crescimento orofacial. Dentre as indicações relativas encontram-se: amigdalites recorrentes, amigdalites associadas a doenças sistêmicas, abscesso peritonsilar e halitose por amigdalite caseosa³.

Esta cirurgia está associada à ocorrência de dor significativa no período pós-operatório. Estudo realizado com prontuários digitalizados de pacientes adultos submetidos à amigdalectomia demonstrou que a dor pós-operatória esteve presente em 90% dos pacientes, segundo registros de enfermagem⁴.

Pacientes pediátricos são mais suscetíveis a problemas decorrentes da dor pós-operatória, o que pode levar à diminuição da ingestão por via oral, possivelmente ocasionando desidratação e alterações eletrolíticas. A analgesia ideal diminui o tempo de recuperação e o retorno rápido para as atividades e alimentação ideal⁵. A dor deve ser tratada prontamente, pois pode ser responsável por desconforto, agitação, alterações hemodinâmicas, além da possibilidade de prolongar o período de internação⁶.

A primeira avaliação pós-operatória normalmente é realizada na sala de recuperação, onde se observam a presença de sangramento e de dor. A segunda avaliação é feita constantemente, desde o término da cirurgia até algumas horas depois, normalmente prestes à alta hospitalar, onde é avaliada a intensidade da dor, por meio de escalas desenvolvidas para as diferentes idades³.

A importância da avaliação da ocorrência de dor é de tal magnitude que atualmente este parâmetro é considerado o quinto sinal vital^{7,8}. Dor aguda é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão⁹. Desta forma, a dor associada à amigdalectomia pode ser caracterizada como dor aguda, intensa, de início recente, com término previsível e de curta duração, ligada à lesão cirúrgica ou à própria doença^{4,10}.

A avaliação da dor pediátrica é um dos maiores problemas para os provedores de assistência à saúde na infância. Seu objetivo é determinar intensidade, qualidade, duração e influência na esfera psicoafetiva, o que possibilita e ajuda na formu-

lação do diagnóstico, escolha de terapia adequada e avaliação de sua eficácia. As escalas mais utilizadas para avaliação da dor em pediatria são: escala visual analógica, escala numérica, escala descritiva, escala de faces e escala de Wong Baker¹⁰. O uso adequado de instrumentos para mensurar a dor infantil é necessário para que haja melhor compreensão deste parâmetro, facilitando a comunicação com a criança e com a família, amenizando o sofrimento de todos. A meta é garantir que seja avaliado o que a criança está vivenciando e não o que o profissional julga que ela está sentindo, fato que ajuda na escolha analgésica e torna o tratamento mais eficiente e eficaz.

Para que o enfermeiro possa atuar adequadamente neste campo, é necessário primeiramente o conhecimento acerca das variáveis envolvidas na ocorrência da dor após o procedimento anestésico-cirúrgico. A atuação do enfermeiro não se restringe em detectar a dor, mas especialmente em tratá-la, seja por meio da sistematização da assistência perioperatória, de protocolos institucionais ou da própria prescrição médica⁶.

Assim sendo, desenvolveu-se o presente estudo, que teve como objetivos: caracterizar o perfil epidemiológico de crianças submetidas à amigdalectomia e levantar a incidência de dor em crianças no pós-operatório imediato de amigdalectomia.

MÉTODO

Após aprovação do projeto pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HIAE, sob protocolo SISNEP número CAAE – 0051.0.028.000-09 realizou-se este estudo descritivo, exploratório, de nível I, baseado em pesquisa documental e por meio de coleta de dados em prontuários, com abordagem quantitativa.

A amostra foi composta por 99 prontuários de crianças submetidas à amigdalectomia no período de janeiro a julho de 2009, sendo analisado o conteúdo das anotações da equipe multiprofissional no período pós-operatório imediato (POI). O POI compreende as primeiras 24h após o procedimento anestésico-cirúrgico e se inicia no momento em que o paciente é recebido na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA)¹¹, seguindo para a unidade de internação e recebe alta hospitalar.

Para a coleta dos dados dos prontuários, elaborou-se um instrumento composto por três partes: a primeira com dados para a caracterização da amostra, a segunda com dados para a caracterização do procedimento anestésico-cirúrgico e a terceira para coletar as informações referentes à ocorrência de dor no POI de pacientes submetidos à amigdalectomia.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística des-

critiva, sendo os resultados apresentados em números absolutos e percentuais sob a forma de gráficos.

RESULTADOS

Foram analisados 112 prontuários, porém 13 deles não atenderam aos critérios de inclusão no estudo, sendo utilizados 99 prontuários, que constituíram a amostra desta pesquisa. A maioria das crianças operadas era do sexo feminino (51,5%), porém a diferença entre o número de meninas e meninos foi muito pequena. A idade das crianças variou de 0 a 14 anos, sendo que a faixa etária predominante foi de 3 a 4 anos de idade (40,4%), representando quase metade da amostra.

Já haviam sido submetidos a algum tipo de cirurgia 19,8% dos pacientes, sendo as operações mais frequentes a postectomia (4,04%) e a adenoidectomia (4,04%). Também havia crianças que já tinham sido submetidas à amigdalectomia, herniorrafia umbilical e apendicectomia. Apresentavam algum tipo de doença associada ou sintomatologia 18,1% das crianças, destacando amigdalite de repetição, pneumonia, obstrução nasal, sinusite, faringite crônica, otite, rinite alérgica e úlcera de amígdala. O diagnóstico de maior prevalência para indicação da cirurgia foi hipertrofia de amígdala (40,40%), seguida de amigdalite (15,15%) e amigdalite recorrente (14,14%), como pode ser visto no gráfico 1.

A cirurgia de maior prevalência foi adenoamigdalectomia (76,76%), seguida de amigdalectomia simples (21,21%), conforme apresentado no gráfico 2.

A escala numérica foi a mais utilizada para avaliar a intensidade da dor (34,34%), seguida da escala de faces (32,32%) e a de Wong (31,31%) a escala NIPS foi muito pouco aplicada (2,02%). Para avaliar a dor das crianças com idades entre 0 e 6 anos as escalas de faces e a de Wong foram as mais utilizadas. Apresentaram dor na SRPA apenas 11,11% dos pacientes, e o escore de intensidade da dor mais frequente foi o nível três (36,36%) como pode ser visto no gráfico 3; sendo que 81,8% delas necessitaram de analgésicos na SRPA, tendo sido usada a dipirona em 77,8% e o tramadol nas outras 22,2%. Depois de terem sido medicadas 63,6% das crianças apresentaram intensidade de dor zero. As crianças que permaneceram por mais tempo na SRPA foram aquelas que apresentaram dor de maior intensidade.

Apresentaram dor na unidade de internação 20,20% das crianças estudadas sendo 5 o escore de intensidade da dor mais frequente (Gráfico 4). As crianças que apresentaram maiores índices de dor na SRPA foram as que permaneceram maior tempo nessa unidade e na unidade de internação.

Todos os pacientes que apresentaram dor na unidade de internação foram medicados, sendo a dipirona o analgésico mais

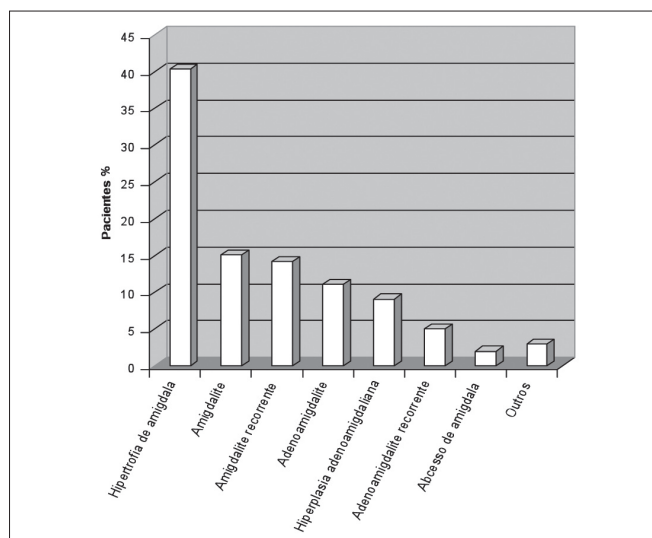


Gráfico 1 – Diagnósticos que justificaram a indicação cirúrgica.

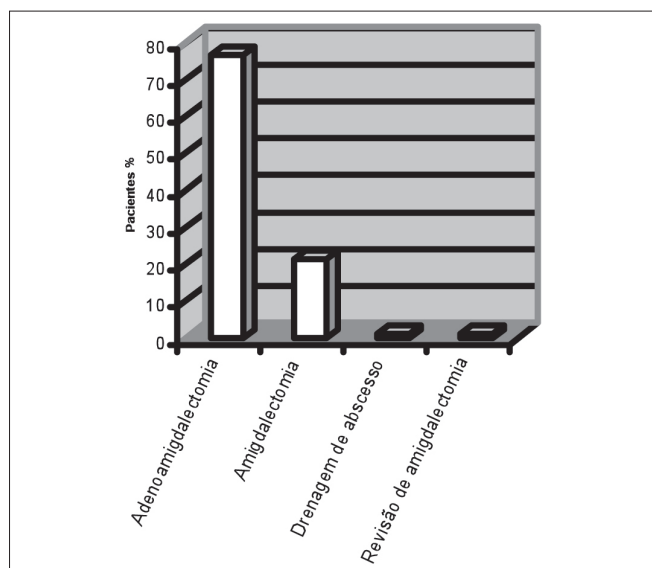


Gráfico 2 – Tipos de cirurgia realizada.

utilizado (75,0%) seguido pelo tramadol (10,0%), após terem recebido o analgésico 70,0% das crianças apresentaram escore de dor zero, porém 5,0% delas apresentaram escore maior de cinco, mesmo depois de terem sido medicadas. Não foi utilizado nenhum tipo de medida paliativa para controlar a dor na SRPA ou na unidade de internação.

DISCUSSÃO

A amostra se constituiu em 99 prontuários de crianças submetidas à amigdalectomia, sendo a maioria do sexo feminino com idades entre 3 e 4 anos. Em estudo realizado com crianças pré-escolares, submetidas ao mesmo tipo de procedimento, a maioria foi composta por meninos, com idades entre zero e 6 anos¹. Outro estudo,

realizado com pacientes adultos, também incluiu maior número de pacientes do sexo masculino⁴.

No que se refere à idade, é sabido que as crianças e os idosos apresentam maior incidência de complicações no período pós-operatório, pois as suas características anatômicas e fisiológicas os tornam mais suscetíveis às complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico¹². Desta forma, o cuidado com as crianças deve levar em consideração as suas peculiaridades, para que seja prestada uma assistência com boa qualidade durante todo o período perioperatório.

As doenças associadas devem ser também levadas em

neste estudo 20,2% das crianças tinham antecedentes cirúrgicos, principalmente postectomia e adenoidectomia enquanto que 19.1% delas apresentavam outras doenças associadas como amigdalite e pneumonia.

Os principais diagnósticos que justificaram a indicação cirúrgica foram hipertrofia de amígdala, seguida de amigdalite e amigdalite recorrente, que também foram as três principais causas para a indicação da amigdalectomia em outro estudo⁴. Porém, a amigdalite recorrente foi a principal indicação, seguida da hipertrofia amigdaliana e da amigdalite crônica. A literatura mostra que a indicação mais frequente para a amigdalectomia é a amigdalite crônica, geralmente com presença de hipertrofia das amígdalas e abscesso amigdaliano¹³⁻¹⁵. No presente estudo, a cirurgia com maior prevalência foi a adenoamigdalectomia, seguida pela amigdalectomia simples.

As escalas mais utilizadas para mensurar a dor nas crianças durante o POI foram a escala numérica, a escala de faces e a escala de Wong Baker. Este resultado era esperado, visto que a escala de faces, juntamente com a escala de Wong Baker, são as mais indicadas para crianças em idade pré-escolar. Salienta-se que foi encontrada alguma dificuldade na análise das anotações de enfermagem quanto aos dados obtidos com as escalas utilizadas, fato confirmado por especialistas que consideram a avaliação da dor em pacientes pediátricos como um dos problemas que dificultam a assistência de enfermagem nesse tipo de paciente¹⁰.

Quanto à ocorrência de dor, verificou-se que 11 crianças a apresentaram durante sua permanência na SRPA, sendo que o escore de maior incidência foi a intensidade 3. Dessas 11 crianças, nove precisaram ser medicadas e as duas que não necessitaram de analgésico apresentaram baixa intensidade de dor, da ordem de 1 e 2, que são níveis considerados bem suportáveis, podendo ser controlados com mudança de decúbito ou o uso de manobras de distração pela equipe de enfermagem. As crianças que apresentaram dor na SRPA foram as que permaneceram por maior tempo nesse setor, geralmente acima de 30 min, enquanto que as que não tiveram dor permaneceram entre 15 a 20 min na SRPA.

Na unidade de internação, 20 pacientes sentiram dor, sendo 5 a intensidade mais anotada, que é considerada dor de moderada intensidade, sendo necessário o uso de analgésicos, motivo pelo qual todas essas crianças foram medicadas, também sendo necessária observação mais acurada por parte da equipe de enfermagem. Três destas crianças ficaram mais de 24 horas internadas, enquanto que todas as outras tiveram alta antes das 12 horas depois do término da operação, não sendo possível afirmar que o retardo da alta foi devido à dor, pois pode ter sido devido a outros problemas como as dificuldades para a operação de ordem anatômica, tamanho da amígdala

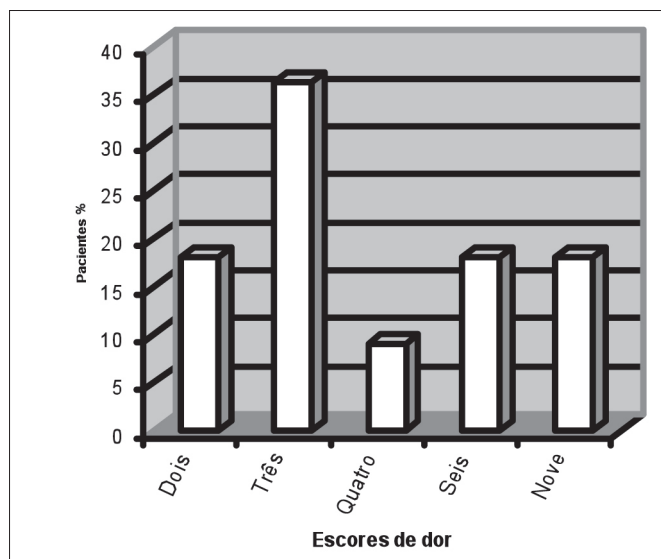


Gráfico 3 – Intensidade da dor na sala de recuperação pós-anestésica.

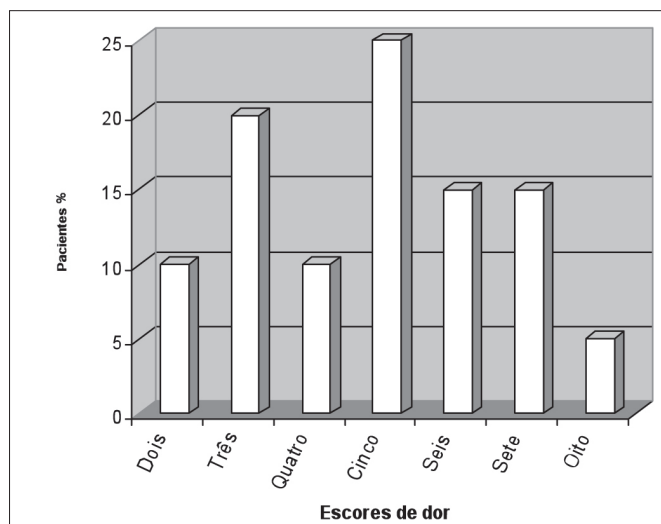


Gráfico 4 – Intensidade da dor na unidade de internação.

consideração por ocasião da prestação de cuidados individualizados, pois podem retardar, dificultar ou até mesmo contra-indicar algumas condutas¹², sendo que

ou ainda devido à fibrose causada pelos processos inflamatórios repetidos, fatores esses que podem ter sido os responsáveis pela maior intensidade da dor no período pós-operatório imediato.

A dor no POI é classificada como dor aguda, pois é causada pelo trauma cirúrgico^{7,16}. Após a tonsilectomia, com ou sem adenoidectomia, a colonização da loja tonsilar aberta pela flora bacteriana oral, pode ampliar a reação inflamatória local, devido ao trauma tecidual causado pela operação, exacerbando a dor pós-operatória¹⁷. Apesar disso, o período de duração da dor após amigdalectomia em crianças com até 10 anos, é mais curto do que em crianças maiores e ainda mais curto do que nos adultos, nos quais essa dor pode durar mais de cinco dias¹⁵.

No pós-operatório de cirurgia geral, a dor é um dos desconfortos mais frequentes em adultos e em crianças. Estudo envolvendo 5.547 pacientes demonstrou que a dor pós-operatória foi uma das três principais complicações, com uma incidência de 17%, como a do presente estudo¹⁸. Em estudo que considerou dor localizada predominantemente na garganta, com intensidade média de 3, verificou-se que as ações de enfermagem mais realizadas foram a aplicação de analgésicos e o acompanhamento por meio de observação clínica⁴.

Embora a adenoidectomia e a amigdalectomia sejam cirurgias frequentemente realizadas na prática otorrinolaringológica, especialmente em crianças² e sejam procedimentos em geral bastante seguros que não necessitam internação prolongada, existe a necessidade de cuidados específicos, intensos e dirigidos às necessidades de cada criança e de cada familiar que a acompanha.

CONCLUSÃO

A análise dos 99 prontuários de crianças submetidas à amigdalectomia demonstrou que 11 delas tiveram dor na sala de recuperação anestésica (escore médio 3) e 20 apresentaram dor na unidade de internação (escore médio 5), sendo a maioria medicada.

A amigdalectomia está associada com ocorrência de dor leve ou moderada intensidade no período pós-operatório imediato. A alta da sala de recuperação pós-anestésica foi mais tardia nas crianças que tiveram maior intensidade de dor durante sua permanência nessa unidade, e a alta hospitalar foi mais tardia nas crianças que tiveram maior intensidade de dor durante sua permanência na unidade de internação.

REFERÊNCIAS

1. Fukuchi I, Morato MM, Rodrigues RE, et al. Pre and post-operative psychological profile of children submitted to ad-

enoidectomy and/or tonsillectomy. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2005;71:521-525.

2. Wiikmann V, Prado FAP, Caniello M, et al. Complicações pós-operatórias em tonsilectomias. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2004;70:464-468.

3. Ramos FA, Ferreira RDP, Silva RH, et al. Estudo comparativo entre duas técnicas de tonsilectomia: bisturi harmônico (Ultracision) e dissecação tradicional com bisturi de lâmina fria. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2004;70:316-322.

4. Araújo DDO, Carvalho R. Incidência de dor em pacientes adultos submetidos à amigdalectomia. *Rev Dor*, 2009;10:227-230.

5. Martha VF, Steffen N, Petry C, et al. Efeito do anestésico local pré-incisional na dor pós-tonsilectomia em crianças. *Scientia Médica*, 2004;14:3.

6. Mattia AL, Silva DAG, Araújo SGS. Atuação do enfermeiro no controle da dor em recuperação anestésica. *Rev SOBECC*, São Paulo. 2008;13:27-32.

7. Kazanowski MK, Laccetti MS. *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica e Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

8. Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. Barueri: Manole, 2006.

9. North American Nursing Diagnosis Association – NANDA. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

10. Rossato LM. *Abordagem da Dor na Criança e no Adolescente*. In: Almeida FA, Sabatés AL. *Enfermagem Pediátrica: a Criança, o Adolescente e sua Família no Hospital*. São Paulo: Manole, 2008;78-88.

11. Moraes MW, Carvalho R. A Inserção do Centro Cirúrgico na Assistência à Saúde. In: Carvalho R, Bianchi ERF. 2ª reimpr. *Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação*. Barueri: Manole, 2010;1:1-21.

12. Dobbro ERL, Ártico AE, Mussi FC, et al. Fatores que influenciam na mobilização precoce do paciente no pós-operatório imediato. *Rev Paul Enferm*, 1994;13:8-12.

13. Hungria H. Malformações de Septo Nasal: Septoplastia, Ronco e Síndrome de Apnéia do Sono. In: Hungria H. *Otorrinolaringologia*. 7ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995;89-91.

14. Coifman H, Trevizan GL. Procedimentos Cirúrgicos no Anel de Linfático de Waldeyer. In: Campos CAH, Costa HOO. *Tratado de Otorrinolaringologia*. São Paulo: Roca, 2003;321-328.

15. Miniti A, Bento RF, Butugan O. Patologia do Anel Linfático de Waldeyer. In: Miniti A, Bento RF, Butugan O. *Otorrinolaringologia Clínica e Cirúrgica*. São Paulo: Atheneu, 1993;207-216.

16. Carvalho MMMJ. *Dor: Um Estudo Multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999.

17. Piltcher OB, Scarton FB. Antibiotic use in tonsillectomies: therapeutic or prophylactic? Required or excessive? *Braz J Otorhinolaryngol*, 2005;71:686-690.

18. Gorayb SBS, Souza MCM, Caldeira SM. Rotinas e cuidados de vigilância na sala de recuperação anestésica. *Rev Paul Enferm*, 1991;10:19-24.

Apresentado em 11 de janeiro de 2010.

Aceito para publicação em 15 de março de 2010.