

Incidência de dor no pós-operatório de cirurgia plástica estética *

Incidence of postoperative pain after aesthetic plastic surgery

Ana Paula da Silva¹, Márcia Wanderley de Moraes²

* Recebido do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Clínica Médica e Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A cirurgia plástica estética tem como escopo melhorar algum aspecto físico que não agrada o paciente, sendo bastante realizadas a lipoaspiração e o implante de prótese de silicone nas mamas. Os objetivos deste estudo foram verificar a incidência da dor em cirurgia estética e identificar os analgésicos prescritos.

MÉTODO: Pesquisa descritivo-exploratória, quantitativa, baseada em pesquisa documental de fonte primária, com análise quantitativa dos dados. Após os procedimentos ético-legais, foram analisados 408 prontuários de pacientes submetidas à cirurgia estética lipoaspiração, abdominoplastia, rinoplastia e prótese de mama, sendo analisado o conteúdo das anotações da equipe multiprofissional durante o período de internação hospitalar dos pacientes, a intensidade da dor e os analgésicos prescritos e usados pelos pacientes.

RESULTADOS: A média de idade dos pacientes foi de 36 anos, sendo a maioria do sexo feminino. A maioria dos pacientes não relatou dor, e apenas 34% referiu ter sentido um ou mais episódios de dor, de leve ou moderada intensidade e apenas 16% relatou dor intensa. Apenas 0,5% pacientes não tinham nenhum analgésico prescrito pelo médico, para os demais 99,5% havia prescrição de um ou mais analgésicos, sendo que para 70% a prescrição era

em regime de horário e de demanda, para 24% a prescrição dos analgésicos era exclusivamente em regime de horário e em apenas 6% a prescrição de analgésicos era unicamente, em regime de demanda. Foram identificados 11 analgésicos prescritos de horário, sendo a dipirona o mais frequente, seguida de cetorolaco e paracetamol e 11 analgésicos em regime de demanda, sendo a meperidina o mais frequente, seguida do tramadol e da morfina.

CONCLUSÃO: A maioria dos pacientes não referiu dor no período pós-operatório imediato, porém 34% relataram dor de moderada intensidade, uma ou mais vezes no período de internação. Os analgésicos anti-inflamatórios não esteroides mais prescritos foram a dipirona e o cetorolaco, enquanto que os analgésicos opioides mais prescritos foram a meperidina e o tramadol.

Descritores: Anti-inflamatórios não esteroides, Cirurgia estética, Dor pós-operatória, Opioides.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Aesthetic plastic surgeries are intended to improve some physical aspect which is unpleasant for the patient being the most popular liposuction and silicone breast prosthesis implant. This study aimed at evaluating the incidence of pain after aesthetic surgeries and identifying prescribed analgesics.

METHOD: Descriptive-exploratory and quantitative study based on primary source documents research, with quantitative data analysis. After ethical-legal procedures, 408 records of patients submitted to aesthetic liposuction, tummy tuck, rhinoplasty and breast prosthesis were analyzed by checking the content of notes of the multiprofessional team during patients' hospital stay, the intensity of pain and analgesics prescribed and used by patients.

RESULTS: Mean age of patients was 36 years being most female patients. Most patients have not referred pain and only 34% have referred one or more mild or moderate pain episodes and only 16% have reported

1. Enfermeira; Especialista em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE). São Paulo, SP, Brasil.

2. Enfermeira; Especialista em Administração Hospitalar e Saúde Pública; Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP); Docente do Curso de Graduação e da Pós-Graduação da FEHIAE. São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:
Márcia Wanderley de Moraes
Rua General Góis Monteiro, 18/212 - Pompéia
05029-000 São Paulo, SP.
E-mail: marciawander@einstein.br

severe pain. Only 0.5% of patients had no analgesics prescribed by the physician. For the remaining 99.5% there was prescription of one or more analgesics, being that for 70% the prescription was by time and demand, for 24% analgesics prescription was exclusively by time and for just 6% analgesics prescription was only by demand. We have identified 11 analgesics prescribed by time, being dipirone the most frequent followed by ketorolac and paracetamol; 11 analgesics were prescribed by demand, being meperidine the most frequent, followed by tramadol and morphine.

CONCLUSION: Most patients have not referred immediate postoperative pain, however 34% have referred one or more moderate pain episodes during hospital stay. Most widely prescribed non-steroid anti-inflammatory drugs were dipirone and ketorolac, while most widely prescribed opioid analgesics were meperidine and tramadol.

Keywords: Aesthetic surgery, Non-steroid anti-inflammatory drugs, Opioids, Postoperative pain.

INTRODUÇÃO

Todo paciente submetido a um procedimento cirúrgico terá dor no pós-operatório, porém é cultural acreditar que essa dor não possa ser controlada adequadamente¹. O período pós-operatório tem início quando o paciente despertar da anestesia e seu término quando está totalmente recuperado; e, não no momento em que recebe a alta hospitalar². O conceito de que a dor pós-operatória é normal e esperada associada à falta de conhecimento da fisiologia da dor e a da farmacologia dos analgésicos, bem como a falta de treinamento da equipe de enfermagem para avaliação do quadro algico, faz com que a atenção da equipe esteja voltada as complicações pós-operatórias mais comuns, como fistulas, infecções, entre outras, do que ao sintoma que mais incomoda o paciente: a dor. O resultado disso é que grande parte dos pacientes cirúrgicos experimenta dor intensa no pós-operatório³.

Para o controle da dor pós-operatória é sugerida a utilização da associação de dois ou mais fármacos ou de técnicas analgésicas de classes diferentes, em doses menores, com o objetivo de melhorar a qualidade do tratamento e diminuir a incidência de efeitos adversos. A adequada avaliação da efetividade analgésica e de seus efeitos colaterais são requisitos indispensáveis para o sucesso no controle da dor pós-operatória⁴⁻⁶.

No Brasil, o crescimento foi muito grande nos últimos nove anos, e a cirurgia plástica deixou de ser um tabu na sociedade brasileira há muito tempo, antes um privilégio dos ricos, agora as plásticas estão ao alcance dos menos abastados.

O presente estudo teve como objetivos verificar a incidência da dor após cirurgia estética e identificar os analgésicos prescritos.

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 realizado por meio de fontes primárias, coleta de dados em prontuários, com abordagem quantitativa.

A amostra foi composta por 408 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia estética de lipoaspiração, abdominoplastia, rinoplastia e prótese de mama, em instituição particular, do município de São Paulo. Foi analisado o conteúdo das anotações da equipe multiprofissional durante o período de internação dos pacientes sendo anotada a intensidade da dor e os analgésicos prescritos e usados pelos pacientes.

RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de 36 anos, sendo a maioria do sexo feminino (88%) e 12% do sexo masculino. A maioria dos pacientes (66%) não relatou dor, porém possuía prescrição analgésica em regime de horário e de demanda. Apenas 34% dos pacientes referiram ter sentido, um ou mais episódios de dor no período de internação, totalizando 324 episódios de dor, classificada conforme pela escala analógica visual (EAV) de moderada intensidade (55%) e 29% de leve intensidade, sendo que apenas 16% deles relataram dor intensa (Gráfico 1).

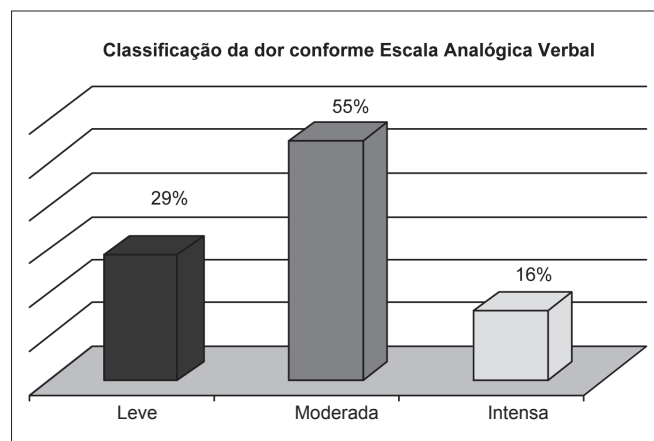


Gráfico 1 – Intensidade da dor nos pacientes submetidos à cirurgia estética.

Os pacientes permaneceram internados de um a seis dias, sendo que a mais prolongada foi dos que realizaram cirurgias simultâneas. A média de permanência foi de 1,55 dias, sendo que 8% dos pacientes receberam alta hospitalar imediatamente após a alta da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), 55% dos pacientes permaneceram internados durante um dia e 37% permaneceram dois ou mais dias internados.

Apenas 0,5% pacientes não tinham nenhum analgésico prescrito, para os demais 99,5% havia prescrição de um ou mais analgésicos, sendo que para 70% a prescrição era em regime de horário e de demanda, para 24% a prescrição era exclusivamente em regime de horário e em apenas 6% a prescrição era unicamente em regime de demanda (Gráfico 2). Cerca de 70% dos pacientes que tinham prescrição de analgésicos em regime de horário e de demanda utilizaram o analgésico de demanda. Dos pacientes que possuíam medicação apenas em regime de horário, 49% referiram um ou mais episódios de dor e não tinham nenhum analgésico prescrito em regime de demanda.

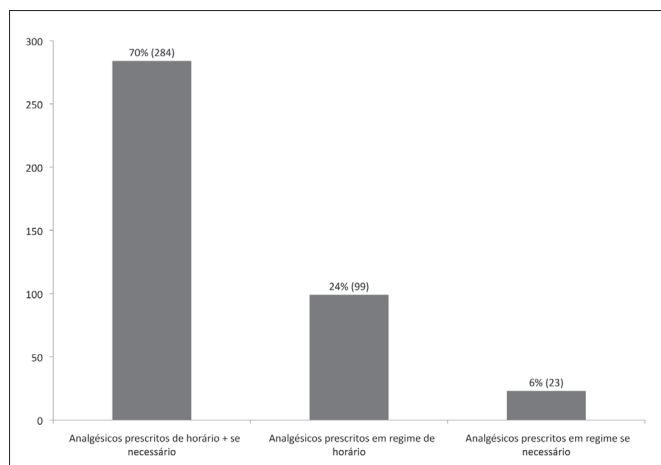


Gráfico 2 – Classificação da amostra, segundo a frequência e o tipo de prescrição de analgésicos

Foram identificados 11 analgésicos prescritos de horário, sendo a dipirona o mais frequente, seguido de cetorolaco e paracetamol (Tabela 1). Quanto aos pacientes que possuíam medicação prescrita somente em regime de demanda, 52% apresentaram um ou mais episódios de dor e utilizaram analgésicos. Também foram identificados 11 analgésicos prescritos em regime de demanda, sendo a meperidina o mais frequente, seguida do tramadol e da morfina (Tabela 2).

Tabela 1 – Analgésicos prescritos em regime de horário

	N	%
Dipirona	284	40,0
Cetorolaco	119	17,0
Paracetamol/codeína	107	15,0
Cetoprofeno	75	11,0
Dipirona/prometazina/adifenina	49	7,0
Paracetamol	25	3,0
Tenoxicam	18	3,0
Tramadol	17	2,0
Oxicodona	05	1,0
Morfina	02	0,5
Meperidina	01	0,5
Total	702	100

Tabela 2 – Analgésicos prescritos em regime de demanda

	N	%
Meperidina	86	23,0
Tramadol	85	22,5
Morfina	64	17,0
Paracetamol/codeína	54	14,0
Dipirona	38	10,0
Oxicodona	19	5,0
Paracetamol	14	4,0
Dipirona/prometazina/adifenina	07	2,0
Cetoprofeno	03	1,0
Cetorolaco	03	1,0
Tenoxicam	02	0,5
Total	375	100

DISCUSSÃO

Quanto à ocorrência de dor, verificou-se que 55% dos pacientes apresentaram algum episódio de dor, durante sua permanência na Instituição, classificada conforme a EAV, de leve ou de moderada intensidade.

A dor apresentada no pós-operatório imediato (POI) é do tipo aguda⁷, por conta do trauma causado pelo ato cirúrgico propriamente dito. Além do trauma cirúrgico, a reação fundamental dos tecidos é a inflamação⁸, que pode agravar a dor e mesmo prolongar a sua duração, que extrapola o POI, que compreende as primeiras 24h após o procedimento anestésico-cirúrgico e se inicia no momento em que o paciente é recebido na SRPA.

Durante o pós-operatório de cirurgias gerais, a dor é um dos desconfortos de maior ocorrência, seja entre pacientes adultos ou crianças, e o uso multimodal de analgési-

cos permite que o tratamento seja eficaz e com poucos efeitos adversos, facilitando a recuperação e abreviando a alta hospitalar^{9,10}.

Neste estudo o analgésico de horário mais prescrito foi a dipirona, confirmando o encontrado na literatura que sugere para o tratamento inicial da dor aguda no pós-operatório o uso de analgésicos não opioides e anti-inflamatórios não hormonais, usando sempre que possível a analgesia multimodal^{5,9,10}.

Quanto ao analgésico prescrito no regime de demanda, a meperidina foi o mais prescrito. Este fármaco opioide não deve ser prescrito rotineiramente devido aos seus efeitos adversos, pois pode causar dependência e também pode desencadear convulsões devido aos seus metabólitos. Por outro lado pode ser considerado um opioide forte, pois segundo a escada da dor da Organização Mundial da Saúde (OMS) os analgésicos sugeridos para o controle da dor leve ou de moderada intensidade são os opioides fracos como o tramadol e a codeína, que correspondem ao segundo degrau da escada analgésica, enquanto que a meperidina estaria no terceiro degrau da escada analgésica. Os opioides do terceiro degrau da escada analgésica como a morfina e a oxicodeona, devem ser reservados para o controle da dor de maior intensidade ou como resgate da dor incidental leve ou moderada^{5,9-12}.

Ainda de acordo com a literatura a meperidina não deve ser a primeira escolha para o tratamento da dor aguda e deve ser utilizada somente em situações especiais, como em pacientes com intolerância comprovada a outros opioides devido aos efeitos colaterais causados por esse opioide^{11,12}.

As cirurgias estéticas de lipoaspiração, abdominoplastia, rinoplastia e prótese de mama, associam-se à ocorrência de dor leve ou moderada no POI, evidenciando um dos desconfortos destes tipos de cirurgias, que é pouco valorizado pelo cirurgião e também pelo paciente que se sente realizado com a cirurgia estética e assim supera com mais facilidade a dor ou a valoriza menos, pois a encara com otimismo uma vez que a ela se submeteu voluntariamente para ficar mais belo. Além disso, a avaliação da dor no pós-operatório deve ser frequente, pois ela é considerada o quinto sinal vital, devendo ser avaliada por profissional devidamente treinado, sendo necessário que os enfermeiros compreendam o processo doloroso para atuar de forma adequada no manuseio da dor, com competência técnica e científica, sabendo associar as intervenções não farmacológicas ao tratamento farma-

cológico proposto, visando o tratamento humanizado e efetivo, procurando sempre melhorar a qualidade da assistência prestada.

CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes não referiu dor no período pós-operatório imediato, porém 34% relataram dor de moderada intensidade, uma ou mais vezes no período de internação. Os AINES mais prescritos foram a dipirona e o ceterolaco, enquanto que os analgésicos opioides mais prescritos foram a meperidina e o tramadol.

REFERÊNCIAS

1. Alves Neto O. Importância do tratamento da dor aguda pós-cirúrgica. *Prat Hosp* 2007;52(2):144-6.
2. Noronha R, Araújo IEM. Visita pós-operatória de enfermagem: aplicação de um instrumento. *Acta Paul Enferm* 1998;11(1):70-8.
3. Bassanezi BSB, Oliveira Filho AG. Analgesia pós-operatória. *Rev Col Bras Cir* 2006;33(3):116-22.
5. Kehlet H, Dahl JB. The value of “multimodal” or “balanced analgesia” in postoperative pain treatment. *Anesth Analg*. 1993;77:1048-1056.
6. Krachete DC. Princípios da analgesia multimodal e uso de opióides. *Prat Hosp* 2007;9:197-199.
7. Carvalho MMMJ. *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999.
8. Cousins MJ. John J. Bonica distinguished lecture. Acute pain and the injury response: immediate and prolonged effects. *Reg Anesth* 1989;14(4):162-79.
9. Rosaeg OP, Krepski B, Cicutti N, et al. Effect of preemptive multimodal analgesia for arthroscopic knee ligament repair. *Reg Anesth Pain Med* 2001;26:125-130.
10. Michaloliakou C, Chung F, Sharma S. Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Anesth Analg*. 1996;82:44-51.
11. Latta KS, Ginsberg B, Barkin RL. Meperidine: a critical review. *Am J Ther* 2002;9:53-68.
12. Beckwith MC, Fox ER, Chandramouli J. Removing meperidine from the health-system formulary—frequently asked questions. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2002;16:45-59.

Apresentado em 28 de fevereiro de 2010.

Aceito para publicação em 10 de junho de 2010.