

Controle da dor pós-operatória em pacientes submetidas à cirurgia laparoscópica para tratamento da endometriose ou cirurgia plástica *

Postoperative pain control in patients submitted to laparoscopic surgery to treat endometriosis or plastic surgery

Wanessa Pereira Mateus¹, Fabíola Peixoto Minson², Carla Bernardes Ledo³

* Recebido do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor pós-operatória é uma condição inerente à cirurgia, sendo habitualmente controlada com amplo espectro de fármacos, entretanto ainda é subtratada no Brasil e no restante do mundo. O objetivo desse estudo foi avaliar a incidência de dor aguda pós-operatória em pacientes submetidas à cirurgia de laparoscopia pélvica para diagnóstico e tratamento da endometriose e em pacientes submetidas à cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras, bem como identificar as estratégias medicamentosas mais utilizadas no seu controle.

MÉTODO: Foram estudadas 12 pacientes portadoras de endometriose submetidas à laparoscopia pélvica para diagnóstico e tratamento e 16 pacientes submetidas à cirurgia plástica, sendo coletados dados por meio de um formulário com informações sobre intensidade de dor, avaliada pela escala verbal numérica e a classe de medicamentos analgésicos utilizados durante a internação.

RESULTADOS: Os resultados mostraram que 29% das pacientes não apresentaram dor no pós-operatório, porém 56% das pacientes submetidas à cirurgia plásti-

ca apresentaram dor de forte intensidade, enquanto que 50% das pacientes que se submeteram a laparoscopia para diagnóstico e tratamento da endometriose também apresentaram dor de forte intensidade. Cerca de 87% das pacientes submetidas à cirurgia plástica e 83% que se submeteram a laparoscopia para diagnóstico e tratamento da endometriose necessitaram de anti-inflamatório não esteroide, porém 81% das pacientes submetidas à cirurgia plástica usaram opioide fraco, *versus* 33% das pacientes que se submeteram a laparoscopia para diagnóstico e tratamento da endometriose.

CONCLUSÃO: Os dados permitem concluir que a dor causada pelas cirurgias plásticas foi mais intensa que a induzida pela cirurgia laparoscópica devido à maior complexidade e duração das cirurgias plásticas, o que justifica o uso de maior quantidade de opioides fracos e fortes nessas pacientes.

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

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Postoperative pain is inherent to surgery being usually controlled with a wide spectrum of drugs; however it is still under-treated in Brazil and worldwide. This study aimed at evaluating the incidence of acute postoperative pain in patients submitted to pelvic laparoscopic surgery to diagnose and treat endometriosis and in patients submitted to aesthetic or reconstructive plastic surgeries, as well at identifying most popular drug strategies to treat it.

METHOD: Participated in this study 12 patients submitted to pelvic laparoscopy to diagnose and treat endometriosis, and 16 patients submitted to plastic surgery. A form was used to collect data on pain intensity evaluated by the numeric verbal scale and the class of analgesics used during hospital stay.

1. Enfermeiro Pleno do Hospital Israelita Albert Einstein; Pós-Graduada em Terapia Intensiva pelo Hospital do Câncer A.C. Camargo; Pós-Graduada em Dor e Cuidados Paliativos pela Faculdade do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil.

2. Anestesiologista; Área de Atuação em Dor pela Associação Médica Brasileira e Coordenadora da Equipe de Tratamento de Dor do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil.

3. Enfermeiro Coordenador da Unidade de Plástica e Ginecologia do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Wanessa Pereira Mateus

Rua Pedro Ferrer, 191 – Parque Ipê - Butantã

05572-070 São Paulo, SP.

E-mail: wanessapmateus@ig.com.br

RESULTS: Results have shown that 29% of patients had no postoperative pain, however 56% of patients submitted to plastic surgery referred severe pain while 50% of patients submitted to laparoscopy for diagnosis and treatment of endometriosis had also severe pain. Approximately 87% of patients submitted to plastic surgery and 83% of patients submitted to laparoscopy for diagnosis and treatment of endometriosis needed non-steroid anti-inflammatory drugs. However 81% of patients submitted to plastic surgery needed weak opioids as compared to only 33% of patients submitted to laparoscopy for diagnosis and treatment of endometriosis.

CONCLUSION: Data allow to conclude that pain after plastic surgeries was more severe than that induced by laparoscopic surgery due to higher complexity and longer duration of plastic surgeries, which justifies the wider use of weak and strong opioids in these patients.

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

INTRODUÇÃO

Dentre as diversas dores pós-operatórias que acometem as mulheres, dois tipos apresentam características especiais: a da laparoscopia para diagnóstico e tratamento da endometriose, por ser uma doença complexa e de etiologia desconhecida, e a dor decorrente de cirurgia plástica em função de ser um procedimento ao qual a paciente se submete por opção e em geral, de natureza estética.

A endometriose é uma doença inflamatória benigna do aparelho genital feminino que se caracteriza pela presença de tecido endometrial ectópico, podendo se manifestar de maneira difusa em implantes pélvicos múltiplos, ou de maneira localizada em apenas um órgão¹. A prevalência estimada na mulher assintomática é de 2% a 20% na população em geral, dependendo do critério diagnóstico utilizado, e em mulheres com dor pélvica, a taxa de prevalência varia de 15% a 45%. Estima-se que 30% a 71% das mulheres inférteis tenham endometriose, quando não há outra causa de infertilidade presente. Dentre as mulheres com endometriose, 30% a 50% são inférteis². A endometriose pélvica se manifesta frequentemente por sensações dolorosas, sendo a dismenorreia, a dor pélvica acíclica e a dispareunia sintomas frequentes em mais de 50% dos casos de endometriose pélvica³⁻⁵.

A cirurgia plástica reparadora tem como objetivo corrigir lesões deformantes, defeitos congênitos ou adquiridos, sendo considerada tão necessária quanto

qualquer outra intervenção cirúrgica^{6,7}. Já a cirurgia plástica estética é realizada pelo paciente para melhorar algum aspecto físico que não lhe agrada, como por exemplo, na correção de uma orelha proeminente ou em abano. Atualmente, as duas cirurgias plásticas estéticas mais realizadas no Brasil são a lipoaspiração e o implante de prótese de silicone nos seios⁶.

Considerando a importância do controle da dor na qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgias, os possíveis impactos na recuperação das mulheres acometidas pela endometriose e as submetidas a cirurgias plásticas, bem como a disponibilidade de recursos medicamentosos, o presente estudo teve como objetivo avaliar a intensidade e as estratégias medicamentosas utilizadas no controle da dor aguda pós-operatória.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital Israelita Albert Einstein, realizou-se este estudo exploratório, descritivo, retrospectivo de corte transversal. Participaram do estudo 12 pacientes portadoras de endometriose submetidas à laparoscopia pélvica para diagnóstico e tratamento e 16 pacientes submetidos à cirurgia plástica. Os dados foram coletados por meio de um formulário com informações sobre intensidade de dor, avaliada pela escala verbal numérica (EVN) e a classe de medicamentos analgésicos utilizados durante a internação. Os dados foram submetidos à análise estatística quantitativa descritiva e inferencial. Todos os procedimentos éticos foram respeitados.

RESULTADOS

Oito pacientes (29%) não apresentaram dor no pós-operatório, sendo que 3 foram submetidos à cirurgia plástica e 5 a laparoscopia. Em relação à intensidade da dor, a tabela 1 permite verificar que 56% das pacientes submetidas à cirurgia plástica apresentaram dor de forte intensidade, enquanto que 50% das pacientes que se submeteram à laparoscopia também apresentaram dor de forte intensidade. Por outro lado apenas 19% das pacientes submetidas à cirurgia plástica apresentaram dor de moderada intensidade, enquanto que apenas 8% das pacientes que se submeteram a laparoscopia apresentaram dor de moderada intensidade.

A análise da tabela 2 permite verificar que 87% das

Tabela 1 – Distribuição das pacientes de acordo com o tipo de cirurgia e a intensidade da dor.

Intensidade da dor	Plástica (n e %)	Endometriose (n e %)
0	3 (19)	5 (42)
1-3	1 (6)	-
4-6	3 (19)	1 (8)
7-10	9 (56)	6 (50)
Total	16 (100)	12 (100)

pacientes submetidas à cirurgia plástica necessitaram de anti-inflamatório não esteroide (AINES) para o controle da dor pós-operatória, enquanto que 83% das pacientes que se submeteram a laparoscopia para diagnóstico e tratamento da endometriose também necessitaram de AINES para o controle da dor. No entanto quando se considerou o uso dos opioides fracos que foram prescritos em dose de horário ou de demanda para todas as pacientes, verificou-se que 81% das pacientes submetidas à cirurgia plástica utilizaram o opioide fraco, *versus* 33% das pacientes que se submeteram a laparoscopia para diagnóstico e tratamento da endometriose. Em relação aos opioides fortes o uso foi pequeno nos dois grupos, uma vez que apenas 12% das submetidas à cirurgia plástica e 8% das submetidas à laparoscopia para diagnóstico e tratamento da endometriose necessitaram desse grupo de fármacos.

Tabela 2 – Distribuição das pacientes de acordo com o tipo de cirurgia e a medicação analgésica utilizada.

Analgésicos	Plástica (n e %)	Endometriose (n e %)
AINES	14 (87)	10 (83)
Opioide fraco	13 (81)	4 (33)
Opioide forte	2 (12)	1 (8)

AINES = anti-inflamatórios não esteroides.

DISCUSSÃO

O controle da dor pós-operatória é essencial para a assistência integral ao paciente cirúrgico, visto que estímulos dolorosos prolongados parecem predispor à maior sofrimento e complicações no pós-operatório. Para o seu controle é indicada uma abordagem multimodal, que inclui a avaliação sistemática de sua intensidade e o tratamento com técnicas farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de bloquear a geração, transmissão, percepção e apreciação dos estímulos nociceptivos, o que pode ser feito em diferentes níveis do sistema nervoso central e periférico⁷⁻⁹.

Apesar do aumento do número de cirurgias, e a despeito

de todos os recursos disponíveis, o tratamento da dor aguda pós-operatória tem sido negligenciado ou feito de maneira insatisfatória. Relatos da literatura atestam que a frequência de dor intensa ocorre em 27% dos pacientes cirúrgicos em repouso e aumenta para 47% durante a movimentação¹⁰.

Neste estudo embora um percentual importante de pacientes não tenha referido dor pós-operatória ou tenha referido dor de leve intensidade (Tabela 1), houve um percentual elevado que apresentou dor de intensidade moderada a forte, mesmo considerando que essas pacientes foram submetidas a cirurgias geralmente pouco dolorosas como as minimamente invasivas laparoscopias ou as operações plásticas estéticas nas quais a dor é minimizada pelo fato de não serem operações mutilantes, ao contrario, são operações as quais as pacientes se submetem para se sentirem melhor em relação ao seu aspecto físico.

A dor de forte ou moderada intensidade foi mais frequente nas pacientes submetidas à cirurgia plástica, pois essas foram mais extensas e invasivas que as laparoscopias para diagnóstico e tratamento da endometriose, o que também justifica o maior uso de opioides nessas pacientes, mesmo considerando que embora muitas mulheres com dor pélvica crônica apresentem endometriose, é importante ressaltar que essa não é a única causa de dor nessa região¹¹. Diversos estudos apontam que não existe uma correlação entre intensidade da dor pélvica com os estágios da doença ou com a localização da endometriose pélvica¹⁰⁻¹². Embora na maioria dos casos, a dor intensa está associada à endometriose profunda que se difere fisiopatologicamente da endometriose superficial^{5,10}. Alguns pesquisadores têm identificado aumento da densidade de fibras nervosas finas em lesões de endometriose profunda em mulheres acometidas pela doença¹⁰⁻¹².

Embora o uso de AINES tenha sido semelhante nos dois grupos, o consumo dos analgésicos foi maior nas mulheres submetidas à cirurgia plástica, em função de a dor ter sido mais intensa, pela maior complexidade e duração, o que justifica o maior uso de opioides fracos e fortes.

Alguns estudos sugerem que a administração de métodos de anestesia e analgesia regional de forma multimodal contribui para a redução da dor e consequentemente reduz a mortalidade perioperatória em 30%, a ocorrência de trombose venosa profunda em 44%, o tromboembolismo pulmonar em 55%, a incidência de broncopneumonia em 39%, a redução da depressão respiratória pós-operatória em 59%, a redução do sangramento intraoperatório em 55% e a redução de eventos isquêmicos coronarianos em 33%^{7,9,13}. O adequado alívio da dor pós-operatória se impõe assim como uma necessidade não apenas de ordem ético-moral,

mas também assume um papel de importância em termos médico-científico e até socioeconômicos; tal fato decorre das relevantes repercussões da dor não tratada em relação à homeostase dos diversos órgãos e sistemas^{9,13}. A terapêutica inadequada da dor aguda pós-operatória redundou em prolongamento do tempo de internação, aumento da morbiletalidade perioperatória e elevação dos custos de saúde¹³. Considerando que a dor é um evento que pode impactar negativamente o período de recuperação pós-operatória, é de suma importância a sua avaliação de forma sistemática e a implementação de medidas analgésicas de forma multimodal específicas para cada tipo cirúrgico e de forma individualizada para cada paciente. Para garantir a eficácia do seu manuseio se faz necessário o registro dessa intervenção, assim como, a reavaliação da sua intensidade após as medidas adotadas.

Apesar de todo o avanço das intervenções cirúrgicas, ainda permanece o conceito equivocado de que a dor pós-operatória compreende uma condição transitória, envolvendo estimulação nociceptiva fisiológica, com um componente afetivo variável, e que difere da dor crônica em termos fisiopatológicos⁸. Cada vez mais existem evidências científicas salientando que a presença de nociceção de grande intensidade por período prolongado pode induzir à cronificação do estímulo doloroso em grande parcela dos pacientes, com conseqüente alteração de aspectos fisiopatológicos da dor^{9,13}.

Nesse sentido a avaliação da dor no pós-operatório é de extrema importância e pode resultar na revisão de procedimentos medicamentosos, bem como na adequação das doses e dos seus intervalos. Estas medidas simples podem contribuir para a qualidade de vida do paciente durante e após a internação, uma vez que dores agudas tratadas inadequadamente podem contribuir para a incidência de outras morbidades, além da cronificação do quadro doloroso. Cabe ainda ressaltar a importância de educar a equipe de saúde sobre a necessidade do uso de escada analgésica da Organização Mundial de Saúde de forma descendente na fase pós-operatória, assim como as técnicas de anestesia e analgesia regional de forma multimodal devido à baixa complexidade, alta eficácia, respeitando as necessidades, tolerância e contra-indicações de cada paciente.

CONCLUSÃO

Os resultados permitem concluir que a dor devida às operações plásticas foi mais intensa que a induzida pela cirurgia laparoscópica devido à maior complexidade e duração das cirurgias plásticas, o que justifica o maior uso de opioides fracos e fortes nessas pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Lopez ACS, Santos LLR, Ramos JFD, et al. Tratamento videolaparoscópico de endometriomas ovarianos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000;22(10):615-8.
2. Donnez J, Smets M, Jadoul P, et al. Laparoscopic management of peritoneal endometriosis, endometriotic cysts, and rectovaginal adenomyosis. *Ann NY Acad Sci* 2003;997:274-81.
3. Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004;18(2):201-18.
4. Nap AW, Groothuis PG, Demir AY, et al. Pathogenesis of endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004;18(2):233-44.
5. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002;78(4):719-26.
6. Chumbley GM, Hall GM. Recovery after major surgery: does the anaesthetic make any difference? *Br J Anaesth* 1997;78(4):347-9.
7. Brodner G, Pogatzki E, Van Aken H, et al. A multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation in patients undergoing abdominothoracic esophagectomy. *Anesth Analg* 1998;86(2):228-34.
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. Nikolajsen L, Ilkjaer S, Krøner K, et al. The influence of preamputation pain on postamputation stump and phantom pain. *Pain* 1997;72(3):393-405.
10. Teixeira MJ, Yeng LT, Neves ATA. Dor e endometriose: modalidades de tratamento sintomático. In: Abrão MS, (editor). *Endometriose: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 177-238.
11. Slocumb JC. Chronic somatic, myofascial and neurogenic, abdominal pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33(1):145-53.
12. Almeida FM. A prática invasiva na dor pélvica. *Femina* 2001;29(3):149-50.
13. Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors. *Anesthesiology* 2000;93(4):1123-113.

Apresentado em 13 de abril de 2010.

Aceito para publicação em 17 de junho de 2010.