

Tratamento da dor pós-operatória

Dr. Samir Hussem Salem

Historicamente, a terapia contra a dor tem uma prioridade médica insuficiente e, conseqüentemente, uma fiscalização e uma gestão ineficazes¹. Além disso, tal situação proporciona incômodo aos pacientes, aumentando desde a incidência da dor crônica pós-cirúrgica até a morbidade pós-operatória¹.

O constante avanço na medicina, agregado à evolução tecnológica e ao progresso dos conhecimentos sobre a fisiologia humana, têm possibilitado a ampliação das áreas cirúrgicas e de suas novas técnicas invasivas de pequeno, médio e grande portes². Existem diferentes categorias de analgesia (com técnicas recentes) para a contenção da dor após as operações¹.

Mais de 80% dos pacientes submetidos a um procedimento cirúrgico apresentam dor no pós-operatório imediato e aproximadamente 75% daqueles com dor pós-operatória descrevem sua intensidade como moderada, grave ou extrema^{3,4}. Evidências sugerem que menos da metade dos pacientes que se submetem à cirurgia relatam adequado alívio da dor pós-operatória³.

Quando tratada inadequadamente, a dor pós-operatória afetará negativamente a qualidade de vida, a função e a recuperação funcional, aumentando os riscos de complicações pós-cirúrgicas e de dor pós-cirúrgica persistente⁵.

O controle da dor no pós-operatório em pacientes idosos é difícil devido às comorbidades associadas, especialmente o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial. Medicamentos para o controle da dor após a alta hospitalar, se possível, não devem agravar as comorbidades ou produzir interação com os demais fármacos em uso. Os opioides são usados devido à pequena incidência de interação medicamentosa. Quando são necessárias doses maiores, podem ocorrer náuseas, vômitos, sedação

Ortopedista e traumatologista pelo Hospital Estadual do Ipiranga – SUS – SP. Especialista em cirurgia de ombro e cotovelo pelo Instituto do Ombro e Cotovelo – NAEON de SP. Membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT • Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo – SBCOC. Membro da Sociedade Latino-Americana de Ombro e Cotovelo.

Recebido: 20 de Junho de 2022

Aceito: 20 de Julho de 2022

Correspondência
equipemedica@mpgrupo.com.br

Este artigo deve ser citado como:
Hussem Salem S. Tratamento da dor pós-operatória. Med Int Méx. 2022; 38 (Supl. 1): S1-S4.

e obstipação. Nesse caso, para maiores eficácia e segurança em seu uso, as doses e os intervalos entre elas devem ser adequados⁴⁻⁶.

Controlar a dor pós-operatória em regime ambulatorial apresenta certas dificuldades, pois a intensidade da dor pode variar, competindo apenas ao paciente adequar a ingestão dos analgésicos em função da intensidade da dor que ele sente. Muitas vezes esses indivíduos, com medo dos efeitos adversos dos fármacos, especialmente dos opioides, preferem sentir dor a tomar os analgésicos e, assim, acabam tendo sua recuperação pós-operatória comprometida pelas complicações resultantes da dor inadequadamente controlada. Tal condição pode agravar o estado de saúde pela manutenção da imobilidade inerente ao procedimento cirúrgico⁹.

Os fármacos administrados com o intuito de controlar a dor podem causar efeitos adversos muitas vezes mais prejudiciais que a própria dor, especialmente nos idosos. Isso ocorre por causa das doenças de que esses pacientes podem ser portadores e das interações com os fármacos empregados para o tratamento das afecções concomitantes^{9,10}. A combinação tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg visa a obter maior eficácia pela potencialização do efeito analgésico dos fármacos componentes da associação, com menor incidência de efeitos adversos^{9,10}.

O cloridrato de tramadol, um análogo 4-fenil-piperidina sintético da codeína, é um fármaco analgésico de ação central, que apresenta baixa afinidade pelos receptores opioides μ , utilizado principalmente no tratamento de dores moderadas. A inibição da recaptção de serotonina e noradrenalina bloqueia os impulsos nociceptivos em nível espinhal, promovendo contribuição significativa à ação analgésica dessa droga¹¹.

Em um estudo realizado com pacientes no pós-operatório de cirurgia ortopédica, a associação

tramadol + paracetamol foi usada em média durante $15 \pm 7,1$ dias. A necessidade do analgésico foi maior nos indivíduos submetidos a cirurgias ortopédicas ($17,5 \pm 7,9$ dias de uso da combinação) em comparação com aqueles que passaram por cirurgias traumatológicas ($11,7 \pm 5,1$ dias de utilização da associação). Porém, nessa avaliação, alguns pacientes também receberam, por via oral, um anti-inflamatório não hormonal (AINH), de acordo com a indicação do cirurgião frente à extensão do trauma operatório, por 2 ou 3 dias. Nos primeiros 5 dias, os pacientes faziam uso de quatro a seis comprimidos da associação tramadol + paracetamol ao dia¹².

Nos indivíduos submetidos a procedimentos de maior porte, como artroplastias de quadril e joelho, foram necessários seis comprimidos ao dia por um período maior, enquanto os pacientes que passaram por intervenções de menor porte necessitaram de dois a quatro comprimidos ao dia. A exigência da associação tramadol + paracetamol diminuiu com o passar dos dias, independentemente do tipo do procedimento cirúrgico¹².

Em outra avaliação, foi comprovado que o paciente que apresenta qualquer nível de dor pode estar suscetível a alterações respiratórias, hemodinâmicas, metabólicas e do sono, além de apresentar desgastes físicos, fadiga e outras condições similares. Essa situação deixa o indivíduo mais instável e, conseqüentemente, aumenta os consumos energético e proteico, além de reduzir o volume respiratório. Caso essa dor não seja controlada, pode acarretar prejuízos maiores para o paciente, como: arritmias cardíacas, atelectasias, pneumonias e depleção proteica calórica, entre outros. Além de causar um receio maior no paciente ao se locomover, esse cenário diminui a movimentação e a deambulação precoces e, por conseguinte, favorece o aparecimento de doenças circulatórias, como a trombose¹³.

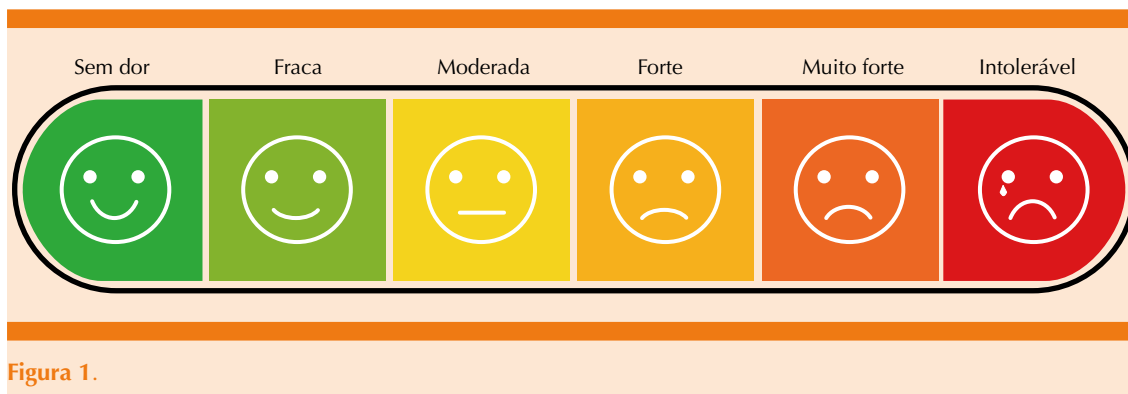


Figura 1.

Outro ponto significativo é a fase pré-operatória, sempre levando em consideração que a administração de analgésicos contribui consideravelmente para a redução da ansiedade na etapa referida. Nesse estágio, o paciente se encontra mais instável emocionalmente, o que pode interferir no procedimento e na sua recuperação, tanto na parte imunológica quanto na física¹⁴.

CONCLUSÃO

Portanto, não se deve negligenciar a descrição do paciente na avaliação da dor, seja com relação ao padrão, à intensidade ou à natureza, pois somente ele poderá retratar com fidelidade como a dor é sentida. A administração de opioides com grande eficácia para combater as dores moderadas a intensas, como o caso da molécula tramadol isolada ou associada com paracetamol, é comumente utilizada em pós-operatórios para garantir o tratamento adequado aos pacientes. Nesse contexto, as **escalas** também tendem a ajudar na eficácia das intervenções, assim como no grau de alívio obtido pela terapia¹⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MCS, Locks GF, Gomes HP, Brunharo GM, Kauling ALC. Analgesia pós-operatória: comparação entre infusão contínua de anestésico local e opioide via cateter peridural e infusão contínua de anestésico local via cateter na ferida operatória. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2011;61(3):293-303.
2. Barros GAM, Lemonica L. Considerações sobre analgesia controlada pelo paciente em hospital universitário. *Rev Bras de Anesthesiol.* 2003;53(1):69-75.
3. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg.* 2003 Aug;97(2):534-40, table of contents.
4. Gan TJ, Habib AS, Miller TE, White W, Apfelbaum JL. Incidence, patient satisfaction, and perceptions of postsurgical pain: Results from a US national survey. *Curr Med Res Opin.* 2014 Jan;30(1):149-60.
5. Kehlet H, Jensen T, Woolf C. Persistent postsurgical pain: Risk factors and prevention. *Lancet.* 2006 May 13;367(9522):1618-25.
6. Stubhaug A, Grimstad J, Breivik H. Lack of analgesic effect of 50 and 100 mg oral tramadol after orthopaedic surgery: a randomized, double-blind, placebo and standard active drug comparison. *Pain.* 1995;62(1):111-8.
7. Kalso E, Edwards JE, Moore AR, McQuay HJ. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain.* 2004;112(3):372-80.
8. Chaves LD, Pimenta CA. Postoperative pain control: comparison of analgesic methods. *Rev Lat Am Enferm - Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(2):215-9.
9. Mahowald ML, Singh JA, Majeski P. Opioid use by patients in an orthopedics spine clinic. *Arthritis Rheum.* 2005;52(1):312-21.
10. Sousa CF, Alves Neto O. Perfil do manuseio da dor no Hospital das Clínicas de Goiânia. *Rev Dor.* 2009;10(3):231-5.
11. Altunkaya H, Ozer Y, Kargi E, Ozkocak I, Hosnuter M, Demirel CB, et al. The postoperative analgesic effect of tramadol when used as subcutaneous local anesthetic. *Anesth Analg.* 2004 Nov;99(5):1461-4; table of contents.
12. Guérios TR. Association of tramadol and paracetamol for out patient postoperative analgesia in elderly patients submitted to orthopedic surgeries. *Rev Dor. São Paulo,* 2010 out-dez;11(4):309-12.

13. Garcia MJ. Protocolos em Analgesia Pós-Operatória. Lisboa: Permanyer Portugal; 2006.
14. Gonçalves KKN, Silva JI, Gomes ET, Pinheiro LLS, Figueiredo TR, Bezerra SMMS. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Bras Enferm. 2016;69(2):397-03.
15. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem dor diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. [Internet]. São Paulo: SBED; [s.d.]. Disponível em: <https://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>. Acesso em: junho de 2021.

Agradecimentos: pela revisão dos aspectos químicos e farmacológicos das moléculas, agradecemos à:

Jaqueline Pereira da Costa Salem
Farmacêutica CRF/MG: 44.72