

Ano Mundial Contra a Dor **Aguda**

PAIN

OUTUBRO 2010 – OUTUBRO 2011

Qual é o problema?

Definição e impacto

Dor aguda é a consciência de sinalizações nocivas de lesão tecidual recente, que pode ser complicada pela sensibilização tanto do sistema nervoso periférico como central (SNC). Sua intensidade muda com o processo inflamatório, a cicatrização tecidual e o movimento. Uma característica primordial da dor aguda é a sua resolução (3). Dor, por definição, é subjetiva, mas para a dor aguda o processo fisiológico subjacente, envolvendo os sistemas nervosos autônomo e sensitivo, as catecolaminas circulantes, outros hormônios do estresse e a resposta inflamatória são os pontos chave do processo. A resposta inflamatória à lesão tecidual aguda sensibiliza nociceptores próximos à lesão e sensibiliza as vias do SNC que processam os estímulos nociceptivos.

Na natureza, dor aguda sinaliza traumatismo tecidual, e a sensibilização inibe o comportamento normal de um modo protetor para minimizar o risco e promover a cicatrização tecidual. Embora desagradável, a dor aguda contribui para a sobrevivência. Em setores médicos controlados tais como recuperação de cirurgia ou durante procedimentos invasivos, a dor aguda raramente tem um propósito útil e pode ser até deletéria.

Os indivíduos variam acentuadamente na intensidade da sua dor em resposta a procedimentos idênticos, lesão ou condição nociva. Genética, epigenética, gênero e história pessoal, contribuem para as diferenças de sensibilidade à dor. Outros fatores que aumentam as diferenças individuais são o tipo de ferimento ou condição dolorosa, fase de cicatrização de feridas, respostas ao estresse pré-existent, morbidades associadas, e, em alguns casos, a idade. Variações individuais profundas também existem no manejo do corpo e nas respostas aos medicamentos analgésicos. Fatores psicológicos, tais como expectativas, depressão e ansiedade ou medo podem agravar a duração e a intensidade da dor. Crenças pessoais e o significado individual do evento ou condição dolorosa podem exacerbar a dor. Os pacientes que exageram os aspectos negativos ou o impacto das lesões ou da situação (catastrofismo) podem sentir dor mais intensa que outros. As bases ou o contexto cultural do indivíduo também pode afetar a expressão e a intensidade da dor.

TABELA 1: Exemplos de dor aguda

Dor pós-operatória
Trauma, queimaduras ou outras lesões ou condições que exigem visitas ao pronto socorro
Lesões desportivas
Atividades e lesões por excesso de uso
Mucosite oral em pacientes com câncer submetidos à irradiação de cabeça e pescoço
Quimioterapia neuropatia periférica induzida por quimioterapia em pacientes com câncer
Procedimentos diagnósticos, como as biópsias
Trabalho de parto
Cefaléias agudas
Cólicas menstruais
Odontalgias / dor de dente

Extensão do Problema

Nos Estados Unidos da América, mais de 46 milhões de pacientes internados e 53 milhões de cirurgias ambulatoriais ocorrem anualmente. Mais de 80% dos pacientes submetidos à cirurgia nos EUA relatam dor pós-operatória [1]. Destes pacientes, 86% referem que a dor é moderada, severa ou extrema. Muitos destes pacientes relatam péssimo controle da dor após a alta hospitalar. Além disso, existem diferenças entre os países.

Dor é o motivo mais frequente para consultas em pronto-socorro (PS) [8], o que representa mais de 70% dos atendimentos. Mais de 115 milhões de atendimentos em PS ocorrem cada ano nos EUA, sendo que apenas as queixas de dor de cabeça aguda contribuem por 2,1 milhões dessas visitas [4]. A dor aguda é também um problema comum na medicina familiar, medicina do esporte, e especialmente na clínica médica.

Apesar dos avanços significativos nas pesquisas sobre dor nas últimas décadas, o controle inadequado da dor aguda ainda é mais a regra do que a exceção. Numerosos estudos mostram que menos da metade dos pacientes no pós-operatório recebem alívio adequado da dor [2]. Pacientes que passam por PS devido a dores intensas não têm melhor sorte. Um grande estudo realizado nos Estados Unidos revelou que o escore médio da dor de pacientes que passaram por PS foi 8 em escala até 10, e na alta a intensidade média foi de 6. Cerca de 41% dos pacientes relataram que sua dor não se alterou ou aumentou após a visita

no PS, e quase três quartos relataram dor moderada ou intensa no momento da alta [7]. Médicos que atuam em Pronto Socorro tendem a subutilizar medicamentos para a dor.

Consequências do tratamento inadequado da dor aguda

Dor aguda incontrolada propicia mais do que apenas desconforto. A Tabela 2 ilustra que a dor aguda tem muitas consequências negativas para o paciente, para os clínicos que atendem o paciente, e para aqueles que administram o hospital ou clínica que atende pacientes com dor aguda. O controle inadequado da dor coloca os pacientes em risco, cria sofrimento desnecessário, e aumenta os custos do atendimento.

TABELA 2: Impacto da dor aguda não controlada.
<i>Perspectiva Clínica</i> Atraso na cicatrização, devido ao aumento do tônus simpático Aumento do índice de insuficiência anastomótica Aumento do risco de morbidade pulmonar, incluindo a pneumonia, devido à respiração deficiente pela dor Aumento do risco de trombose Aumento do risco de mortalidade Resposta ao estresse hiperadrenérgico mantido, com hipertensão
<i>Perspectiva do Paciente</i> Sofrimento desnecessário Sono pobre ou insuficiente A retenção urinária Mobilidade ou respiração reduzida e baixa autonomia do paciente Medo e ansiedade Incapacidade total ou parcial com perda de produtividade no trabalho Recuperação mais lenta do que necessário para as funções de vida diária Redução da qualidade de vida durante a recuperação
<i>Perspectiva Administrativa</i> Aumento do tempo de permanência na unidade de terapia intensiva ou no hospital Maiores taxas de complicação e custos relacionados Aumento do risco de desenvolver dor crônica, e no custo do tratamento Implicação de que o mau controle da dor resulta na má qualidade do atendimento

Os encargos financeiros da dor aguda inadequadamente tratada

Dor aguda incontrolada resulta em tempo prolongado no hospital após a cirurgia. Em 2010, o custo médio de um dia de internação nos EUA foi de US \$ 2129. Se apenas 20 milhões de pacientes cirúrgicos nos EUA permanecerem um dia extra no hospital devido à falta de controle da dor pós-operatória, em 2010, o custo seria de \$ 42.580.000.000,00. Outros custos incluem as complicações apresentadas na Tabela 2, além da mobilização tardia dos pacientes, após a cirurgia ou lesão. Recuperação mais lenta devido à dor significa aumento de dias de trabalho perdidos. O controle inadequado da dor aguda gera incapacidade parcial ou total desnecessária.

A dor aguda frequentemente evolui para a dor crônica. Dor persistente decorre da dor aguda pós-operatória em 10-50% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos comuns [5,6]. Entre 2 e 20% destes pacientes terão dor crônica intensa. As evidências atuais sugerem que dor aguda pós-operatória mal controlada é uma das causas de dor pós-operatória crônica.

Referências

- [1] 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;97:534–40.
- [2] Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain* 2008;136:134–41.
- [3] Chapman, CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *J Pain*; in press.
- [4] Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2008;52:407–36.
- [5] Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent surgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618–25.
- [6] Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer EA. Psychosocial predictors and correlates post-surgical pain (CPSP): a systematic review. *Eur. J Pain* 2009;13:719–30.
- [7] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [8] Todd KH, Miner JR. Pain in the emergency room. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors. *Bonica's management of pain*, 4th edition. Lippincott, Williams and Wilkins; 2010. p 1576–87.
- [9] Yaksh TL. Physiologic and pharmacologic substrates of nociception after tissue and nerve injury. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins & Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 693–751.

