

DOR[®]

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 10, Número 3, 2002

Director

José Manuel Castro Lopes

Director Executivo

José Manuel Caseiro

Acessora de Direcção

Ana Regalado

Conselho Científico

António Coimbra

António Palha

Aquiles Gonçalo

Armando Brito e Sá

Cardoso da Silva

Daniel Serrão

(P^o) Feytor Pinto

Gonçalves Ferreira

Helder Camelo

João Duarte

Jorge Tavares

José Luis Portela

José Manuel Castro Lopes

Maia Miguel

Martins da Cunha

Nestor Rodrigues

Robert Martins

Walter Oswald

Zeferino Bastos

Sumário

Editorial I	3
<i>José Manuel Caseiro</i>	
Mensagem do Presidente da APED	4
<i>José Manuel Castro Lopes</i>	
Editorial II	5
<i>M.^a Teresa Flor de Lima</i>	
Ensino pré-operatório e colaboração do doente	6
<i>M.^a de Deus Carvalho, Fernando Braga</i>	
A Dor pós-amigdalectomia – Dissecção clássica vs electrodissociação	9
<i>Helena Silveira, José Silveira Soares, M.^a Teresa Flor de Lima, Ana Sousa, Rosa Brasil, Conceição Soares, Hermano Almeida Lima, Pedro Carreiro</i>	
Dor no doente vascular: estudo de três casos clínicos	12
<i>António José Correia da Cruz, Leovigilda Maria Pacheco Novo, Mónica Oliveira Medeiros</i>	
Avaliação de uma Unidade de Dor Aguda	17
<i>M.^a Teresa Flor de Lima</i>	
Complicações da analgesia pós-operatória	21
<i>Ana Sousa, M.^a Teresa Flor de Lima</i>	
Registo informatizado da analgesia no pós-operatório	25
<i>Joel da Silva Varanda</i>	
Dor no pós-operatório – O ponto de vista do cirurgião	27
<i>F. Melo Bento, Teresa Eloi, M.^a Teresa Flor de Lima, Victor Santos</i>	
Dor no traumatizado	30
<i>Bruno de Medeiros Brum</i>	
Analgesia no traumatizado	33
<i>Ana M.C.T. Sousa, M.^a Teresa Flor de Lima</i>	
Instalação de uma Unidade de Dor Crónica	36
<i>M.^a Teresa Flor de Lima</i>	
Unidades del dolor y atención primaria	40
<i>M. Caramés, P. Vila, F.J. Robaina, A. De Luis, C. Ramírez, A. Guerrero</i>	
Consumo de opióides	45
<i>Isabel França, M.^a Teresa Flor de Lima</i>	



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista "DOR" considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista "DOR" deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em diskete 3.5" 2HD (1.4 Mb) ou zip 100 Mb, para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail: aped@mail.pt

3. A Revista "DOR" incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista "DOR", bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista "DOR" incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2002 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92 - 7º E
1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96



Impresso em papel totalmente livre de cloro



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364-00
Ref.: 212AP03

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados nesta revista são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Editorial I

José Manuel Caseiro

A Revista Dor e os Laboratórios Grünenthal vão realizar de 1 a 3 de Novembro, em Viseu, sob o patrocínio científico da APED, o **1º Encontro Nacional das Clínicas de Dor**.

Se é verdade que há muito existe o sentimento da necessidade de envolver os profissionais das Unidades de Dor em encontros regulares de carácter científico, ao ponto de já se realizarem reuniões informais entre representantes das mesmas, também não é menos verdade que, até ao momento, não tinha sido possível pôr em marcha essa ideia.

Sempre estive no nosso pensamento, enquanto promotores da iniciativa, que este 1º Encontro incluisse a totalidade dos profissionais que se encontram no terreno a garantir a actividade assistencial das Unidades existentes.

No entanto, a realidade actual de uma APED dinâmica e empreendedora, com número sempre crescente de associados e a existência de um Plano Nacional de Luta contra a Dor com ambiciosos objectivos nacionais, produziram já alguns dos efeitos esperados e, assim, Portugal tem hoje, de Norte a Sul, passando pelas Regiões Autónomas, 46 Unidades de Dor (pese embora a fase de projecto e de arranque em que algumas ainda se encontram), onde trabalham nada mais nada menos do que 250 profissionais de saúde – 146 médicos, 67 enfermeiros, 16 psicólogos, 16 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 2 fisioterapeutas e 1 farmacêutico – o que impossibilita qualquer intenção de os juntar e instalar numa só unidade hoteleira, bem como de respeitar o generoso orçamento da firma patrocinadora do evento.

Entendemos então considerar apenas a presença dos médicos dado o cariz marcadamente clínico do programa científico e porque o contributo das diferentes especialidades dos convidados asseguraria a multidisciplinaridade que sempre se deseja nas realizações sobre Dor. Além do mais, tratando-se da totalidade dos clínicos, estariam também representadas, simbólica e efectivamente, todas as Unidades.

Poderão assim estar presentes, se todos comparecerem, 108 anestesistas, 9 psiquiatras, 7 fisiatras, 6 neurologistas, 6 internistas, 5 oncologistas, 2 neurocirurgiões, 1 radioterapeuta, 1 cirurgião e 1 clínico geral, num contexto em que todos os coordenadores são anestesistas.

Seria interessante tentar perceber a razão da tão esmagadora presença de anesthesiologistas e a explicação para nenhuma Unidade de Dor apresentar, como coordenador, um clínico que não seja desta especialidade. Da mesma forma, parece-nos oportuno questionar o motivo de ainda não ter surgido no nosso panorama hospitalar nenhuma iniciativa de formação de uma nova Unidade concretizada por outros especialistas.

Talvez estas interrogações devessem estar sempre presentes nas intermináveis discussões entre as especialidades que consideram ter afinidades com a problemática da dor, enquanto disciplina, e nos sempre tortuosos caminhos dos projectos de liderança que se vão desenrolando.

Quem sabe, o próprio programa possa servir para também este assunto vir à liça, mas o que de facto importa é que se venha a gerar o ambiente de descontraído relacionamento que um seminário desta natureza ajuda a criar, com o conseqüente intercâmbio de ideias e conhecimentos.

Afinal, num país pequeno como o nosso e com apenas 46 Clínicas de Dor, justifica-se plenamente que nos conheçamos e saibamos quem somos.

O trabalho já produzido para a organização desta reunião merece-nos, para além de legítimas expectativas de êxito, um público reconhecimento à Grünenthal pelo excelente suporte que tem constituído e um cúmplice agradecimento à Direcção da APED pelo apoio que tem prestado à Organização, bem próprio de um verdadeiro espírito de equipa que saudavelmente caracteriza a identificação de projectos entre os órgãos da Revista e os da Direcção da Associação.

Mensagem do Presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

Ciente das crescentes dificuldades que os associados da APED enfrentam para participar em congressos internacionais, e em particular naqueles que se realizam nos EUA, era minha intenção aproveitar este espaço para fazer eco do que se passou no último congresso da *International Association for the Study of Pain* (IASP), o qual decorreu em San Diego no passado mês de Agosto. Infelizmente, não me foi possível estar presente, mas pelo que pude constatar, através da leitura do programa e dos resumos de algumas apresentações, e por conversas com algumas pessoas que participaram no evento, fica a sensação de que nada de realmente inovador terá surgido. O espectacular avanço registado nas últimas duas ou três décadas no conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na dor continuam a ter pouca repercussão na prática clínica. Nesta, as maiores inovações prendem-se com formas de apresentação e administração de fármacos, novas indicações terapêuticas, e raras apresentações de novas substâncias farmacológicas, que a indústria farmacêutica se encarrega de divulgar da forma eficaz e globalizada que lhe é característica.

Não quero com isto dizer que os congressos sejam de um modo geral desprovidos de interesse, ou que o da IASP, em particular, o tenha sido. Bem pelo contrário, o valor formativo destes eventos, nomeadamente por abordarem de forma abrangente e em poucos dias temas tão diversos e sob várias perspectivas, são uma enorme mais valia para qualquer participante, desde aqueles que se estão a iniciar no assunto até aos mais experientes. Pena é que, como referi no início, circunstâncias várias tenham vindo a restringir a participação dos colegas legitimamente interessados.

Ainda a propósito da formação, há alguns meses atrás enviei um inquérito sobre o ensino pré- e pós-graduado no âmbito da dor, a todas as Faculdades de Medicina e de Medicina Dentária do nosso país, bem como às Escolas de Enfermagem. Tratou-se de uma iniciativa conjunta da APED e do Polo II (ensino pré- e pós-graduado) do Programa de Apoio ao Ensino, Investigação e Assistência na Dor da Fundação Calouste Gulbenkian. Os resultados foram a constatação das realidades já suspeitadas.

O número de respostas das Faculdades de Medicina e de Medicina Dentária foi muito pequeno, espelhando a falta de interesse que o tema desperta nos respectivos Conselhos Pedagógicos. Pese embora a pequena representatividade da amostra, das respostas obtidas ressalta a evidência da inexistência de um ensino estruturado do tema dor na pré-graduação. A dor é abordada sobretudo nas disciplinas de fisiologia e farmacologia, e em algumas disciplinas do ciclo clínico no âmbito das patologias que lhe dão origem. Já no que diz respeito ao ensino pós-graduado o quadro é bem mais negro, não me tendo chegado ao conhecimento a existência de qualquer actividade regular ou ocasional.

Nas Escolas de Enfermagem, o panorama é mais animador. Não só a percentagem de respostas foi significativamente maior, como se constatou que em quase todas as Escolas existe a consciência da importância que a dor tem na activi-

dade profissional dos enfermeiros, pelo que o tema é especificamente tratado em várias disciplinas do respectivo curso.

Poderemos alterar a situação actual?

No que diz respeito ao ensino médico pré-graduado, não creio que seja necessário criar em cada curso de medicina uma disciplina que aborde específica e exclusivamente a dor. Contudo, a inclusão de um currículo mínimo sobre dor, tal como preconizado pela EFIC, que poderia facilmente ser distribuído por várias disciplinas, significaria seguramente um grande avanço na consciencialização da dimensão biopsicossocial da dor. Dada a salutar independência científicopedagógica de cada Faculdade, poderemos apenas propor aos respectivos órgãos a inclusão daquele currículo no plano de estudos do curso médico.

Quanto ao ensino pós-graduado, ele processa-se sobretudo através dos internatos médicos, a maioria das vezes completamente dissociado das Faculdades de Medicina. Não querendo discutir o modelo em vigor, creio que o potencial humano e técnico das Faculdades de Medicina tem estado muito subaproveitado neste âmbito, e que o sinergismo e a complementaridade entre as acções formativas do Ministério da Saúde e do Ministério da Ciência e do Ensino Superior, poderia potenciar recursos e trazer grandes benefícios à diferenciação profissional dos médicos. Felizmente, o recente aparecimento de diversos cursos de pós-graduação e/ou mestrados nas Faculdades de Medicina, se bem que muitas vezes por razões que pouco ou nada têm a ver com a capacidade e a necessidade de formar técnicos diferenciados ou criar conhecimento, tende a modificar a situação a curto prazo.

Neste sentido, é de realçar a criação do Curso de Pós-graduação em Medicina da Dor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em colaboração com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian. Decorrendo ao longo de um ano lectivo em horário pós-laboral, o curso consta de uma parte teórica baseada no *Core Curriculum for Professional Education in Pain* da IASP, leccionada por professores nacionais provenientes de diversas instituições e alguns professores estrangeiros, e uma parte prática que consiste na frequência de um estágio em consultas de dor de algumas Unidades de Dor que aceitaram colaborar activamente na realização do curso. Não se pretendendo formar especialistas em Medicina da Dor, tarefa de todo impossível dadas as limitações de tempo decorrentes da necessidade de compatibilizar a actividade profissional dos formandos com a frequência do curso, espera-se que proporcione uma visão abrangente do que é a realidade actual da Medicina da Dor.

Por fim, gostaria de anunciar a realização de uma conferência do Prof. Sir Michael Bond, Presidente da IASP, subordinada ao título *Why do we need pain specialists?* Integrada na cerimónia de abertura do curso acima mencionado, a conferência decorrerá no dia 25 de Outubro pelas 11.00 h no Porto, em local a anunciar, sendo aberta a todos os que se interessam pelo tema em discussão, nomeadamente aos sócios da APED.

Editorial II

M^ª Teresa Flor de Lima

Ao ser anunciada mais uma reunião científica sobre a temática da DOR, decerto, muitos pensaram: mais uma reunião. Ao fim e ao cabo, a experiência da organização do III Fórum de Dor das Ilhas Atlânticas revestiu-se de consequências tão positivas, que merecem ser descritas.

A primeira foi, sem dúvida, o termos conseguido vencer o desafio e as dificuldades de chegarmos ao III Fórum, quando o I e o II se realizaram, nos anos anteriores, respectivamente, no Funchal e em Tenerife. Por outro lado, não só colocámos os Açores no mapa da Dor, como confirmámos a natural razão de pertencerem à Macaronésia, alargando, sem dúvida, os nossos horizontes até avistarmos Cabo Verde, para que se cumpram os objectivos iniciais deste projecto, o qual –convém recordar – nasceu de nobres sentimentos de solidariedade, cooperação, ajuda e amizade. Sentimentos esses que saíram confirmados com o apoio incondicional, desde os primeiros momentos, por parte das autoridades regionais, bem como evidenciados no júbilo gerado pela reconhecida e justa homenagem que foi prestada a dois “pais da Dor”, quer de Portugal, quer de Espanha, nomeadamente, o Dr. Nestor Rodrigues e o Dr. De Vera.

A adaptação do programa científico às necessidades locais foi uma vivência tão forte, que acabou por gerar, naturalmente, uma autêntica bola de neve de difícil comando, como seja o número dos trabalhos que se multiplicou, como o entusiasmo dos que os elaboraram e dos que os apresentaram, contagiando, inclusivamente, os moderadores mais exigentes e cumpridores, levando, também, a uma corrida contra o curto tempo de programação para este encontro.

Ao mesmo tempo que se alargou o leque da Dor, da Avaliação ao tratamento da Dor Aguda e da Dor Crónica, foram discutidos, ainda, os casos mais difíceis de dor

neuropática e de dor oncológica e a forma mais polémica da eficácia dos opióides no tratamento da dor não oncológica. Por último, a colaboração dos colegas Médicos de Clínica Geral trouxe uma inegável mais valia para a nossa pretensão de abordagem da articulação entre as Unidades de Dor e os Cuidados de Saúde Primários, onde pontificou a já longa experiência dos colegas de Canárias e a recente dinâmica dos colegas da Madeira, enriquecendo o saber dos participantes com inúmeros pontos de reflexão.

Desta forma, o resultado primordial da realização do III Fórum de Dor das Ilhas Atlânticas foi, sem sombra de dúvida, o ter permitido uma profunda avaliação do que se tem passado na revolta e prolongada instalação de um hospital velho numas novas instalações, geradora de ambições desmedidas de modernização e oferta de qualidade de serviços aos utentes, por parte de todos os que viram nessa agitação motivo para não cair na apatia rotineira das suas profissões. Foi, assim, que se desenvolveu o embrião do Grupo de Dor, o qual, por seu turno, se consolidou em objectivos, projectos e recursos humanos tão diversificados, constituindo um exemplo de sã e positiva convivência multidisciplinar.

E o resultado está já a verificar-se, no esforço colectivo para a publicação destes modestos contributos, sob a forma de avaliação de diversos aspectos da organização do tratamento mais eficaz dos doentes com dor. É, única e exclusivamente, com esse propósito que o fazemos com todo o gosto, realçando o mais profundo reconhecimento e agradecimento a todos os que, de uma maneira ou de outra, ajudaram a criar um Grupo de Dor no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada. Curiosamente, muitos deles são representados pela Direcção da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, cuja voz tem feito eco nas longínquas ilhas do meio do Atlântico.

Ensino pré-operatório e colaboração do doente

M^a de Deus Carvalho, Fernando Braga

Resumo

O ensino pré-operatório é fundamental para se obter a participação do utente no alívio da dor aguda pós-operatória. A intervenção do enfermeiro, neste âmbito, assume grande importância tornando-se numa pedra basilar dos cuidados de enfermagem ao utente com dor.

Apesar de haver um envolvimento de toda a equipa de saúde no tratamento da dor, o enfermeiro é um elemento fundamental na educação para a saúde do utente, formando, informando e sobretudo proporcionando-lhe um adequado apoio psicológico e ou suporte emocional.

Para o ensino ser eficaz exige alguns factores facilitadores, entre outros:

- Disposição emocional e física para aprender.
- Ambiente que conduza à aprendizagem.
- Plano de ensino bem desenvolvido.

Deve ser efectuado no período pré-operatório, exigindo uma visita pré-operatória do enfermeiro do grupo de dor, uma vez que é possível diminuir, por antecipação, a ansiedade pré-operatória, resultando na redução da dor aguda pós-operatória.

O ensino torna-se uma mais valia para o utente, a família, o enfermeiro e a instituição.

Summary

The pre-surgical instructions are essential in order to obtain the patient participation in the relief of the postoperative acute pain, where nurse's intervention assumes the greatest importance.

Even with the general involvement of all the team in pain treatment, nurse position is the fundamental key in patient education, teaching, informing and, above all, performing the right emotional and psychological support in order to obtain better learning. We point some essential factors for this success: emotional and physical disposition to learn, a good environment driving and a well developed teaching plan.

The instruction must be performed in the pre-surgical period demanding a visit of a pain group element because, by anticipation to the pre-surgical anxiety, leads to a reduction of the more intensive pain.

The learning becomes of great value to the patient and family, to professionals and to the institution.

Introdução

A dor como fenómeno complexo, subjectivo e multidimensional, sempre teve uma atenção especial dos enfermeiros, pois estes têm, segundo Jean Watson, o dever de cuidar, ou seja, proteger, preservar e aumentar a dignidade humana.

Os enfermeiros sempre compreenderam, pela sua proximidade aos utentes com dor, a importância do seu alívio e acreditam que, para cada utente, a dor é aquilo que a pessoa diz que é, existindo sempre que a pessoa diz senti-la (Mc Caffery).

Cada vez mais os enfermeiros estão conscientes do seu importante papel na equipa de saúde. A sua intervenção no que se refere à dor aguda pós-operatória terá que ter

início junto do utente o mais precocemente, ou seja, no período pré-operatório, através do ensino, o qual tem como objectivos:

- Favorecer uma atitude relacional utente, família e enfermeiro perioperatório.
- Reduzir a angústia e a ansiedade decorrente da cirurgia e dor eminentes.
- Proporcionar apoio biopsicossocial ao utente e família.
- Avaliar percepções, expectativas e conhecimentos do utente face à cirurgia e à dor.
- Fornecer informações acerca das técnicas analgésicas.

Com este ensino pretende-se diminuir, por antecipação, a ansiedade pré-operatória e obter a colaboração do utente no alívio da sua dor.

A Dor

A Dor como experiência humana, complexa, individual e subjectiva sempre interessou a quem por direito e dever pretende cuidar.

Os enfermeiros sempre sentiram, pela sua proximidade aos utentes com dor, durante as 24 h/dia, que o seu alívio constituía um contributo fundamental para a promoção e bem-estar do utente e família. Desta forma, “os enfermeiros encontram-se na linha da frente no combate à dor... Os utentes sabem-no...” (Metzger, et al., 2002:2).

Para cada situação particular de dor, não deverá existir uma atitude isolada, mas sim uma abordagem em equipa, onde a preocupação constante será a de cuidar com qualidade, ou seja:

- Prestar cuidados efectivos, eficientes e orientados para o utente com dor.
- Definir “boas práticas” estabelecendo padrões de actuação.
- Cooperar e comunicar com todos os prestadores de cuidados.
- Gerir adequadamente todos os recursos disponíveis.
- Estabelecer áreas de responsabilidade.
- Identificar e relacionar áreas que necessitam de melhoria.
- Registar e avaliar a sua actividade.

Assim, o enfermeiro do grupo de dor pode participar, fundamentalmente, no acompanhamento e ensino ao utente com dor bem como à sua família, para que tomem parte activa no seu plano de cuidados.

Segundo Smith in Bolander (1998:578), apesar da equipa de saúde estar toda envolvida no processo de tratamento da dor, o enfermeiro, pela posição que ocupa nessa equipa, deverá torna-se um elo de ligação entre todos e um elemento fundamental no que se refere à educação para a saúde do utente, formando, informando e, sobretudo, proporcionando um adequado apoio psicológico e/ou suporte emocional – um pequeno – grande passo para um melhor controlo da sua dor.

De acordo com a teoria do ensino / aprendizagem, os enfermeiros devem integrar nos seus planos de ensino quatro campos/**domínios da aprendizagem**, a saber:

1. Perceptual (compreensão da informação escrita ou oral).
2. Cognitivo (capacidade intelectual).
3. Afectivo (capacidade de sentir).
4. Psicomotor (capacidade de manipulação e motora).

No *campo perceptual*, o enfermeiro tem de perceber se o utente é capaz de utilizar a informação nas suas tomadas de decisão.

No *campo cognitivo*, o enfermeiro deve verificar se o utente engloba os conhecimentos através da capacidade de raciocínio (compreensão de novas informações), se efectua a análise e/ou síntese e se é capaz de avaliar a sua situação.

No *campo afectivo*, estão incluídos os valores, crenças, sentimentos e atitudes ligados a princípios morais e éticos, os quais vão determinar as escolhas que fazem.

No *campo psicomotor* há que ter em atenção as capacidades físicas e motoras. É o que permite o aperfeiçoamento do domínio técnico e de tarefas.

Segundo os mesmos autores (1998:584), o ensino enfermeiro/utente, para ser eficaz, exige alguns **factores facilitadores**:

1. Disposição emocional e física para aprender.
O utente deve estar emocionalmente pronto para aprender e colaborar e em condições de perceber a informação dada.
2. Motivação para aprender e colaborar porque, quando o utente se opõe a receber informação, é necessário aguardar, pois é um sinal de que ele não está

emocionalmente preparado para receber a informação.

3. Ambiente que conduz à aprendizagem.
O utente deverá receber a melhor informação, numa atmosfera calorosa e de aceitação, pois o ambiente calmo e agradável vai facilitar a aprendizagem.
4. A pertinência do conteúdo.
Ter a preocupação e certificar-se de que a informação tem sentido para ele. Os utentes/família têm o direito de serem informados e envolvidos na prestação de cuidados.
5. Plano de ensino bem desenvolvido.
Os assuntos serão melhor assimilados se forem organizados do mais simples para o mais complicado.
6. Recompensa para comportamentos positivos.
O utente sente-se mais motivado se o seu esforço for reconhecido.
7. Participação activa no programa de ensino.

É necessário discutir com o utente a importância da sua participação no processo presente. Só na medida em que educamos as pessoas, elas se podem tornar verdadeiros parceiros nos cuidados de saúde.

Face aos novos e constantes desafios que se colocam à enfermagem, os enfermeiros sentem a necessidade e o dever de “aprender a aprender” e “aprender a ensinar”, visando a sua realização pessoal e profissional. Deste modo, o desenvolvimento de novas competências irá facilitar o processo de ensino enfermeiro/utente.

No caso presente, este ensino é uma pedra basilar para se atingir o objectivo que é a participação do utente na gestão do alívio da dor pós-operatória. Poderá ser em grupo ou individualmente, num espaço acolhedor e com a disponibilidade necessária, de modo a que a ansiedade do utente em relação à cirurgia/dor dê lugar à confiança e segurança em si e na equipa.

O ensino deverá incidir sobre:

- Esclarecimento de dúvidas no que se refere à cirurgia e à relação cirurgia e dor.
- Desmistificação de crenças e medos acerca da dor.
- Motivação do utente para expressar a sua dor.
- Experiências de dor anteriores.
- Explicação de alguns efeitos secundários dos medicamentos analgésicos que irá tomar.
- Explicação de métodos e técnicas analgésicas disponíveis, farmacológicas e não farmacológicas, deixando um documento escrito com os esclarecimentos das dúvidas mais frequentes acerca da analgesia proposta (p. ex. PCA).
- Familiarização com o método de avaliação da dor pós-operatória.

É importante enfatizar que a analgesia é segura e que as técnicas modernas de alívio da dor impedem que ela surja depois da intervenção cirúrgica.

Este ensino deve ser efectuado no período pré-operatório, exigindo, assim, uma visita pré-operatória do enfermeiro do grupo de dor. Segundo Hayward, (1975) e Boore (1979) a visita pré-operatória “... diminui, por antecipação a ansiedade pré-operatória, resultando na redução da dor pós-operatória”.

A colaboração dos utentes é tanto mais importante quanto mais específico for a técnica ou método de analgesia seleccionado, como é o caso da PCA, a qual exige uma preparação especial de modo a que o utente possa participar e usufruir desta inovação tecnológica.

Tratar a dor é um trabalho de equipa e pressupõe que esta seja coesa e solidária, com objectivos comuns e

regras uniformes, e que toda a acção seja desenvolvida no seio dessa equipa, com o envolvimento do utente e sua família. Só assim se poderá planear de uma forma eficaz o combate à dor, assumindo este um papel importante no planeamento dos cuidados e havendo necessidade de uma comunicação verbal e/ou escrita entre todos os intervenientes.

Conclusão

A existência de novos métodos terapêuticos analgésicos, mais eficazes e melhor tolerados, permite-nos um tratamento mais eficaz da dor aguda pós-operatória, exigindo, cada vez mais, que o próprio utente colabore e seja um parceiro na gestão da sua dor.

O ensino é um pilar dos cuidados pós-operatórios de enfermagem e é uma mais valia para o utente, para o enfermeiro e para a instituição. É importante para o utente, porque este é alvo de cuidados personalizados, logo mais humanizados, o que lhe proporciona um elevado grau de

satisfação. É importante para o enfermeiro porque desenvolve a sua autonomia ao prestar cuidados com qualidade, promovendo a sua realização pessoal e profissional. Para a instituição é uma forma de acreditação e optimização dos custos/benefícios, pois um pós-operatório sem dor resulta numa diminuição de custos, para além de um regresso a casa mais cedo.

“O trabalho de vencer a dor é divino”
(Hipócrates)

Bibliografia

- Bolander V. Sorensen e Luckman *Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta 1998:1963. ISBN 972-96610-6-5.
- Metzger, et al. *Cuidados de Enfermagem e Dor – Avaliação da dor, Modalidades de tratamento, Psicologia do doente*. Loures: Lusociências 2002:281. ISBN 9728383-32-0.
- Patrício C. *Dor perioperatória no doente oncológico*. AESOP revista. Lisboa 2001;5:29-33. ISSN 0874-8128.
- Reis MT. *O papel do enfermeiro na analgesia peri-operatória*. AESOP revista. Lisboa 2001;6:31-3. ISSN 0874-8128.

A dor pós-amigdalectomia – Dissecção clássica vs electrodissecção

Helena Silveira¹, José Silveira Soares², M^a Teresa Flor de Lima³, Ana Sousa⁴, Rosa Brasil⁴, Conceição Soares⁴, Hermano Almeida Lima⁵, Pedro Carreiro⁶

Introdução

A amigdalectomia é uma das cirurgias mais frequentemente realizadas pelos otorrinolaringologistas na idade pediátrica. Não está, no entanto, isenta de riscos, sendo a hemorragia pós-operatória uma das complicações mais temidas e que ocorre em cerca de 4% dos casos.

A morbidade associada a amigdalectomia está directamente relacionada com a dor no pós-operatório, que por si só funciona como um factor de stress e, além disso, atrasa o retomar de uma dieta normal e, logo, a completa recuperação.

A primeira amigdalectomia referenciada na literatura data do primeiro século dC, em Roma, onde C. Cohen procedeu à remoção de uma amígdala de um doente, com o seu próprio dedo. Ao longo dos tempos, novos métodos e instrumentos foram sendo introduzidos para realizar esta cirurgia. Apesar destes avanços, este procedimento nunca foi muito popular entre os cirurgiões, devido às dificuldades encontradas para realizar a hemostase perioperatória. Apenas no início do século XIX, com a introdução da sutura das locas amigdalinas, a amigdalectomia se popularizou entre a classe médica. Mais tarde, na década de 70, em Inglaterra, começou-se a utilizar a electrocoagulação para realizar a hemostase, conseguindo-se, assim, reduzir substancialmente o sangue perdido durante a cirurgia. No entanto, apesar deste avanço, na literatura médica começaram a surgir relatos de que a intensidade da dor no pós-operatório era superior nestes casos em comparação com o uso da técnica clássica (dissecção com pontos nas locas).

Hoje em dia, e apesar de volvidos cerca de 30 anos desde a introdução da electrocoagulação para realizar as amigdalectomias, existe, ainda, alguma controvérsia em relação a qual destes métodos é preferível. No passado recente, outras tecnologias têm sido aplicadas neste campo como o uso do LASER ou da COBLATION, mas, entre os otorrinolaringologistas portugueses a amigdalectomia é realizada preferencialmente pelo método Clássico (dissecção fria e hemostase com sutura dos pontos sangrantes nas locas amigdalinas) ou por electrodissecção (dissecção com o bisturi bipolar fazendo coagulação dos vasos sangrantes).

A falta de consenso neste assunto e a inexistência de um estudo português sobre este tema motivou a realização de um trabalho com o objectivo de comparar a técnica e morbidade dos dois métodos.

Material e métodos

Foi desenhado um estudo prospectivo para comparar a técnica e morbidade pós-operatória das duas técnicas: dissecção clássica vs electrodissecção com bipolar. Os factores analisados foram: duração da cirurgia, quantidade de sangue perdido durante a cirurgia, duração do internamento, e a intensidade da dor nos 10 dias seguintes à intervenção cirúrgica.

O universo deste trabalho foram todas as amigdalectomias realizadas no Serviço de ORL entre o dia 1 de Setembro de 2000 e 31 Março de 2001, e foram incluídas neste estudo todas as crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 13 anos sem antecedentes patológicos de relevo, nomeadamente história de discrasias hemorrágicas ou alterações neurológicas.

Foi efectuado um protocolo com o Grupo de Dor do Serviço de Anestesiologia, de modo a uniformizar a técnica anestésica (Quadro 1), a analgesia pós-operatória (Quadro 2) e a monitorização da dor no pós-operatório, e, assim, evitar um possível enviesamento dos resultados. Para além desta medida, todas as cirurgias foram efectuadas pelo mesmo cirurgião, e as crianças foram distribuídas, alternadamente, por dois grupos: grupo 1, onde se procedeu à amigdalectomia pelo método clássico e grupo 2, onde se efectuou amigdalectomia com bisturi bipolar.

Em todos os processos dos doentes foi colocada uma folha com o protocolo do estudo, onde foi anotado o tempo de duração da intervenção e quantidade de sangue perdido, medido indirectamente através da quantidade de sangue presente no colector da aspiração.

A avaliação da intensidade da dor foi efectuada com recurso às Escalas da Dor. A Escala das Faces nas crianças com menos de 10 anos, e a Escala Visual Analógica em todas as crianças com mais de 10 anos. Durante o internamento todos os doentes foram cocomitantemente avaliados também pela Escala Verbal.

A primeira avaliação foi feita aquando da alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) por uma enfermeira do Bloco Operatório, sendo a segunda e terceira avaliações realizadas na Enfermaria, cerca de 1 h após a primeira e 8 h após a segunda, respectivamente, por uma enfermeira do Serviço de Internamento de ORL.

A quarta avaliação foi realizada pelo cirurgião, no dia seguinte, sensivelmente 24 h após a cirurgia, aquando da alta hospitalar. Este processo era acompanhado por um

¹Interna do Internato Complementar de ORL do HDES

²Assistente Graduado de ORL do HDES

³Chefe de Serviço de Anestesiologia do HDES

⁴Assistente Hospitalar de Anestesiologia do HDES

⁵Director do Serviço de ORL do HDES

⁶Director do Serviço de Anestesiologia do HDES

Quadro 1. Protocolo anestésico

Objectivos anestesia

- Anestesia geral profunda que evite hipertensão, taquicardia e arritmias de origem reflexa
- Relaxamento muscular p/ facilitar a colocação abre-bocas, evitar tosse e tensão excessiva
- Recuperação rápida da consciência e reflexos protectores da via respiratória c/ acordar calmo

PRÉ-MEDICAÇÃO

DIAZEPAM rectal 0,4 mg/kg
ou DIAZEPAM oral 0,2 mg/kg
ou MIDAZOLAM nasal 0,2 mg/kg (sempre que possível fazer no BO)

ANTISIALOGOGO - ATROPINA 0,01 mg/kg

INDUTOR - PROPOFOL 2 a 2,5 mg/kg

ou O₂/N₂O + Halogenado

OPIOÍDE - FENTANIL 1 a 2 µg/kg (repicagem-1/2)

RELAXANTE MUSCULAR - Despolarizante

SUCCINILCOLINA- 1 a 2 mg/kg

e/ou Não Despolarizante -ROCURÓNIO

0,45 a 0,6 mg/kg - (repicagem-1/2)

ANTIEMÉTICO - Não usar

HALOGENADO - SEVOFLUORANO -0,5 a 1%

EXTUBAÇÃO - LIDOCAÍNA 1,5 mg/kg

ATROPINA + NEOSTIGMINA (0,01 a 0,02 + 0,02 a 0,06 mg/kg)

PROPOFOL 5 a 15 mg SOS

Quadro 2. Protocolo analgésico

Analgesia

- PARACETAMOL RECTAL - Iniciar a seguir à indução; mesma dose após 4 h; 1/2 da dose de 6/6 h após alta em SOS
 - 10 kg - 300 a 400 mg
 - 20 kg - 600 a 800 mg
 - 30 kg - 900 a 1.200 mg

Ou

- PROPACETAMOL – Iniciar no intraoperatório 15 a 30 mg/kg em 50 ml SF a correr em 20 min; mesma dose de 6/6 h; após alta PARACETAMOL RECTAL
- IBUPROFENO SUSPENSÃO – Iniciar no dia da cirurgia à noite 20 mg/kg/dia de 8/8 h
- TRAMADOL GOTAS ORAL – se necessário – 1 a 2 mg/kg (1 gota = 2,5 mg/kg)

familiar da criança, usualmente a mãe, de modo a poder fazê-lo, em casa, nos 9 dias seguintes. Foi fornecido um questionário com as Escalas de Dor apropriadas à idade da criança para serem preenchidas diariamente pelos pais, sendo devolvidos no dia da consulta pós-operatória

Intensidade da dor – Primeiras 24 h

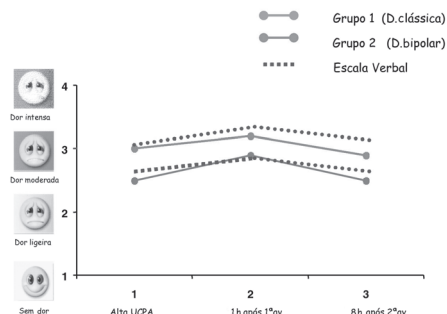


Figura 1.

Quadro 3. Distribuição por sexo e idade

	Grupo 1 Dissecção clássica	Grupo 2 Dissecção com bipolar
N	28	29
Sexo Masculino	12	13
Sexo Feminino	16	16
Idade Media (anos)	6,5	7

Quadro 4. Comparação da duração e quantidade de sangue perdido na cirurgia e duração do internamento.

	Grupo 1 Dissecção clássica	Grupo 2 Dissecção com bipolar
Duração cirurgia (dias)	21,4	14,7
De sangue perdido (ml)	85,3	13,4
Duração internamento (dias)	2	2,3

(10 dias após a cirurgia). Neste dia, era observado o aspecto das locas amigdalinas.

A análise estatística foi feita com recurso a um programa informático: SPSS, tendo sido calculadas as médias aritméticas e medianas para cada variável que foram comparadas com o teste t-Student. Definiu-se como valor significativamente estatístico aquele com p < 0,05.

Resultados

Foram realizadas 60 amigdalectomias durante o período em que decorreu o trabalho, trinta em cada grupo.

Num dos casos foi necessário suturar ambos os pilares amigdalinos para controlar a hemorragia perioperatória, e dois doentes não entregaram o protocolo preenchido durante a consulta pós-operatória, pelo que foram os três excluídos do estudo. Obtivemos então 57 protocolos devidamente preenchidos. Os dados dos doentes são apresentados no quadro 3. Não houve diferença significativa entre os dois grupos no que diz respeito ao sexo e idade.

A duração e quantidade de sangue perdidos, durante a cirurgia, foram superiores no grupo 1 (Quadro 4), sendo a duração do internamento superior no grupo 2.

Na figura 1 observa-se um gráfico que mostra a intensidade da dor referida nas diferentes avaliações pós-operatórias. Figura 1 estão sobrepostas duas curvas, uma

Intensidade da dor – 1º ao 10º dia pós-operatório

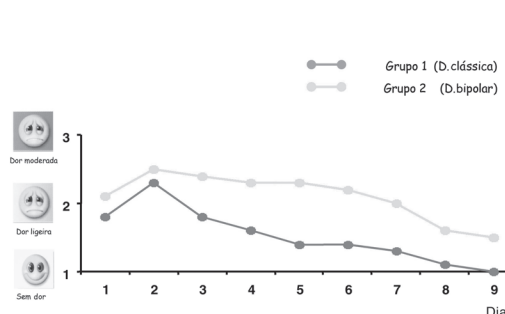


Figura 2.

obtida através das avaliações da escala verbal e outra de acordo com a Escala das Faces ou Visual Analógica. Estas curvas são sobreponíveis.

Durante todas as avaliações a intensidade da dor referida no grupo 2 foi superior em relação à do grupo 1, sendo essa diferença estatisticamente significativa apenas nos 4^o, 5^o e 6^o dias após a cirurgia (Fig. 2).

Registaram-se duas hemorragias pós-amigdalectomia, uma em cada grupo, que foram, resolvidas cirurgicamente através da sutura dos pilares amigdalinós.

Discussão

Nos últimos anos os investigadores e cirurgiões têm tentado desenvolver novos métodos para realizar a amigdalectomia com o intuito de diminuir a morbilidade e as complicações pós-operatórias. É universalmente aceite que o método ideal deveria diminuir a duração e quantidade de sangue perdido na cirurgia, a incidência de hemorragias no pós-operatório e particularmente a morbilidade.

Quando a electrocoagulação foi introduzida neste campo pela primeira vez, relatos entusiásticos surgiram nas revistas médicas de que esta inovação permitia reduzir o tempo cirúrgico e diminuir substancialmente o sangue perdido durante a intervenção. No entanto, a intensidade da dor pós-operatória era superior aquela referida pelos doentes que eram operados pelo método clássico.

A introdução do bisturi bipolar foi também recebida com grande expectativa, uma vez que havia a noção de que a intensidade da dor seria inferior, pois, ao realizar a coagulação precisa dos vasos com as pontas finas do bisturi haveria muito menos lesão tecidual e, por consequência, muito menos dor. Mais uma vez os resultados não foram totalmente satisfatórios, e, apesar de neste últimos anos vários estudos terem sido publicados comparando as duas técnicas, existem, ainda, muitas dúvidas e questões em aberto em relação a este assunto. Em Portugal, a maioria dos otorrinolaringologistas usa ainda o método clássico, sendo cada vez mais aqueles que recorrem a electrocoagulação.

No nosso trabalho, uma das principais preocupações ao desenhar o protocolo de estudo foi reduzir, o mais possível, qualquer factor que pudesse enviesar os resultados. Para isso foi pedida a colaboração do Grupo de Dor do Serviço de Anestesiologia de modo a uniformizar a técnica anestésica, a analgesia pós-operatória e a monitorização da dor. Assim, todos os doentes receberam o mesmo tipo de anestesia e a mesma dose/kg dos fármacos analgésicos. Como todas as cirurgias foram realizadas pelo mesmo cirurgião e a selecção dos doentes para um ou outro grupo foi feita alternadamente, anula-se assim a intervariabilidade na técnica de vários cirurgiões.

O uso de escalas de dor é um método aceite entre a classe médica para avaliar a intensidade da dor e tem sido usada frequentemente em trabalhos científicos divulgados em várias revistas médicas internacionais.

No caso concreto deste trabalho, foi possível, nas três primeiras avaliações, usar concomitantemente dois tipos de Escala: Escala Verbal e escala das Faces ou Visual Analógica, em função da idade da criança. Esta dualidade de avaliação permitiu confirmar as informações obtidas e, da análise dos resultados, podemos concluir que não se registou diferenças significativas entre as duas avaliações.

Este facto concorre também para validar os resultados e o próprio método de avaliação.

No que diz respeito à comparação da intensidade da dor nos dois grupos, em conformidade com a maioria dos estudos revistos na literatura, verificou-se que a intensidade da dor no grupo submetido a amigdalectomia pelo método clássico foi sempre inferior ao do grupo da electrodissecção. Apesar destas diferenças serem estatisticamente significativas apenas para o 4^o, 5^o e 6^o dias do pós-operatório, verifica-se uma clara tendência para um aumento da intensidade da dor no grupo 2.

Conclusões

A amigdalectomia é a cirurgia mais frequentemente realizada na idade pediátrica pelos otorrinolaringologistas, não havendo, no entanto, um método ideal e aceite por todos para a efectuar. A morbilidade associada à dor pós-operatória é um dos factores mais importantes a considerar na escolha do método cirúrgico, uma vez que por si só funciona como factor de stress e a sua existência está associada a um atraso no início de uma dieta normal e um atraso na total recuperação.

Apesar dos resultados deste trabalho mostrarem uma clara tendência para um aumento da intensidade da dor no pós-operatório quando se utiliza a electrocoagulação, estes valores não foram significativos, pelo que se impõe a realização de outros estudos com este mesmo objectivo.

O uso das Escalas de dor para avaliar a intensidade da dor revelou-se um método fiável e de fácil execução pelos profissionais de Saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos Srs. Enfermeiros do Bloco Operatório e do Serviço de Cirurgia 1- ORL, pela colaboração nas avaliações da dor, e ao Exmo. Sr. Enfermeiro António Cruz a sua valiosa ajuda no tratamento estatístico dos dados do trabalho.

Bibliografia

1. Blair RL, McKerrow WS, Carter NW, Fenton A. The Scottish tonsillectomy audit. The audit sub-committee of the Scottish Otolaryngological Society. *J Laryngol Otol* 1996;20(Suppl):1-25.
2. Randall DA, Hoffre ME. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 1998;118:61-8.
3. McAuliffe-Curtain J. The history of tonsil and adenoid surgery. *Otolaryngol Clin North Am* 1987;20:415-9.
4. Feldman H. Two hundred year history of tonsillectomy. Images from the history of otorhinolaryngology, highlighted by instruments from the collection of the German Medical History Museum in Ingolstadt. *Laryngorhinootologie* 1997;76:751-60.
5. Haase FR, Noguera JT. Hemostasis in tonsillectomy. *Arch Otolaryngol* 1962;75:125-7.
6. Pang YT, El-Hakim H, Rothera MP. Bipolar diathermy tonsillectomy. *Clin Otolaryngol* 1992;19:355-7.
7. Pang YT. Paediatric tonsillectomy: bipolar electrodissection and dissection/snare compared. *J Laryngol Otol* 1995;109:733-6.
8. Lassaleta L, Martín G, Villafrauela MA, Bolaños C, Álvarez-Vincent JJ. Pediatric tonsillectomy: post-operative morbidity comparing microsurgical bipolar dissection versus cold sharp dissection. *Int J Pediatr Otolaryngol* 1997;41:307-17.
9. Núñez D, Provan J, Crawford M. Postoperative Tonsillectomy Pain in Pediatric Patients: Electrocautery (Hot) vs Cold Dissection and Snare Tonsillectomy – A randomized Trial. *Arch of Otolaryngol* 2000;126:837-41.
10. Atallah N, Kurmar M, Hilali A, Hickey S. Post-operative pain in tonsillectomy: bipolar electrodissection technique vs dissection ligation technique. A double-blind randomized prospective trial. *J Laryngol Otol* 2000;114:667-70.

Dor no doente vascular: estudo de três casos clínicos

António José Correia da Cruz¹, Leovigilda Maria Pacheco Novo², Mónica Oliveira Medeiros³

Resumo

O presente trabalho teve como finalidade reflectir sobre a actuação dos enfermeiros perante o doente com dor vascular. Trata-se de um estudo retrospectivo, cuja metodologia foi a consulta de processos clínicos do arquivo do Serviço de Cirurgia Vascular. Concluiu-se que a dor vascular interfere na vida diária do doente e que, para além da quantificação adequada da dor, os enfermeiros devem avaliar outros parâmetros tais como as perturbações do sono, o grau de ansiedade e depressão e as limitações da actividade.

Palavras chave: Dor vascular. Avaliação.

Summary

The present work had the purpose to analyse about the nurse's attitude to the patient with vascular pain. It is a retrospective study, whose methodology was the consultation of the clinical processes. It was ended that the vascular pain interferes in the daily life of the patient and it's better that the nurses always make an adapted evaluation of the pain, monitoring, also, other variables, such as, sleep, anxiety, depression and activity.

Key words: Vascular pain. Evaluation.

Introdução

O sofrimento do doente com dor vascular merece, da nossa parte, atenção e reflexão. Isto porque essa mesma dor evolui por conta própria, independentemente da sua origem, e, ao longo do tempo, torna-se uma verdadeira doença em si.

Nós enfermeiros, perante o doente com dor vascular, somos, cada vez mais, confrontados com a necessidade de o reconhecer como ser biopsicossocial e espiritual. Sendo assim, a nossa abordagem deverá ser global e interdisciplinar, acompanhada da gestão das várias dimensões associadas à dor: biológicas (alteração do sono), psicológicas, familiares (isolamento), sociais (estruturas de apoio na comunidade) e profissionais (limitação da actividade).

O presente trabalho, apresentado no âmbito do III Fórum de Dor das Ilhas Atlânticas, teve como finalidade:

- Reflectir sobre a actuação dos enfermeiros perante o doente com dor vascular.
- Sensibilizar os enfermeiros para a necessidade da quantificação da dor.
- Propor soluções para um melhor atendimento de enfermagem.

Trata-se de um estudo retrospectivo cuja metodologia consistiu na consulta de três processos clínicos do arquivo do Serviço de Cirurgia II do Hospital do Divino Espírito Santo.

A classificação utilizada para quantificar a qualidade analgésica teve por base a escala utilizada pelo Grupo de Dor do Serviço de Anestesiologia:

- Má.
- Razoável.
- Boa.
- Muito boa.

1º Caso

Identificação

- Sexo masculino
- 73 anos
- Isquemia crónica agudizada do MID

¹Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Medicina 3 do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Bloco Operatório; Mestre em Gestão Pública

²Enfermeira Licenciada do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Divino Espírito Santo

³Enfermeira Bacharel do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Divino Espírito Santo

Admissão

- MID frio e cianosado
- Sem pulsos periféricos
- Sem mobilidade activa
- Dor em repouso há cerca de 4 dias

Internamento (Tabela 1)

Alta

- 20º dia
- Sem dor
- Mobilidade activa
- Sem encaminhamento para a Consulta de Dor

2º Caso

Identificação

- Sexo masculino
- 44 anos
- Isquemia crónica do MID

Admissão

- Membro frio e cianosado
- Edema
- Úlcera necrótica do hálux
- Dor em repouso

1º Internamento (Tabela 2)

Alta

- 10º dia
- Recusa tratamento
- Assina alta

2º Internamento (Tabela 3)

Alta

- 11º dia
- Recusa cirurgia
- Abandona o serviço

3º Internamento (Tabela 4)

Alta

- 11º dia

Dia	Ocorrências	Terapêutica	Qualidade analgésica
1º	<ul style="list-style-type: none"> • Queixoso • Dormiu pouco 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésicos não opióides 2. Ansiolítico 	➢ Razoável
2º	<ul style="list-style-type: none"> • Trombectomia femural sob BSA • Com dor 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Sem alterações ➢ Bólus endovenoso: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico opióide 2. Antiemético ➢ Perfusão endovenosa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide 2. Analgésico opióide 3. Antiemético 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Má ➢ Muito boa
3º	<ul style="list-style-type: none"> • Bypass femuropoplíteu sob epidural 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Via epidural: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico opióide ➢ Via endovenosa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide ➢ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiolítico 	➢ Muito boa
5º	<ul style="list-style-type: none"> • Prostração 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Suspende analgésico opióide 	➢ Muito boa
6º	<ul style="list-style-type: none"> • Retirado cateter epidural 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide 2. Ansiolítico ➢ Via endovenosa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide em SOS 	➢ Muito boa
7º	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia levante 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Suspende analgésico não opióide por via endovenosa ➢ Mantém analgésico não opióide 	➢ Muito boa

Dia	Ocorrências	Terapêutica	Qualidade analgésica
1º	<ul style="list-style-type: none"> • Dor nocturna • Dor em repouso 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide 	➢ Má
2º	<ul style="list-style-type: none"> • Dorme com pé pendente 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésicos não opióides 2. Analgésico opióide em SOS 	➢ Razoável
5º	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém dor 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico opióide 2. Analgésico não opióide ➢ Via endovenosa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide 	➢ Boa

Tabela 3.			
Dia	Ocorrências	Terapêutica	Qualidade analgésica
1º	<ul style="list-style-type: none"> • Dor noturna • Dor em repouso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide 2. Analgésico opióide em SOS 3. Ansiolítico 4. Neuroléptico 	➤ Má
4º	<ul style="list-style-type: none"> • Com dor 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantém restante terapêutica 2. Analgésico opióide fica em horário 3. Anticonvulsivante 	➤ Razoável
6º	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do edema • Aumento da dor • Recusa repouso • Cirurgia programada • Pedida observação pela psiquiatria 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bólus endovenoso: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico opióide 2. Antiemético ➤ Perfusão endovenosa: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico opióide 2. Antiemético 3. Sedativo ➤ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide 2. Ansiolítico 3. Neuroléptico 4. Anticonvulsivante 	➤ Boa

Tabela 4.			
Dia	Ocorrências	Terapêutica	Qualidade analgésica
1º	<ul style="list-style-type: none"> • Amputação do hálux do pé direito sob BSA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Antiinflamatório não esteróide 2. Ansiolítico 	➤ Boa
2º	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém dor 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgésico não opióide em SOS 	➤ Muito boa
8º	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Via oral: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento da dosagem do ansiolítico 	➤ Muito boa

- A seu pedido
- Encaminhamento para a Consulta de Dor

3º Caso

Identificação

- Sexo masculino
- 66 anos
- Isquemia crítica do MIE

Admissão

- Membro frio, edemaciado e cianosado
- Ausência de pulsos distais

- Lesão ulcerada pré-tibial
 - Dor em repouso
- 1º Internamento** (Tabela 5)

Alta

- Sem dor
- Úlcera em vias de cicatrização
- Sem encaminhamento para a Consulta de Dor

2º Internamento

 (Tabela 6)

Alta

- 42º dia
- Sem dor
- Encaminhamento para a Consulta de Dor

Tabela 5.			
Dia	Ocorrências	Terapêutica	Qualidade analgésica
1º		➤ Via endovenosa: 1. Analgésico não opióide	➤ Má
3º	• Dormiu mal • Mantém dor	➤ Via oral: 1. Analgésico opióide 2. Ansiolítico ➤ Via endovenosa: 1. Analgésicos não opióides	➤ Boa
4º	• Mantém dor	➤ Aumento da dosagem da terapêutica analgésica	➤ Muito boa
5º	• Dormiu bem • Sem queixas	➤ Via oral: 1. Analgésico opióide fica em SOS	➤ Muito boa
8º	• Dormiu mal • Queixoso	➤ Perfusão endovenosa: 1. Analgésico opióide 2. Analgésico não opióide 3. Antiemético	➤ Razoável
9º	• Dormiu mal • Mantém dor • Dor durante a realização do penso	➤ Via endovenosa: 1. Aumento da perfusão 2. Anti-inflamatório antes do penso	➤ Boa
10º	• Mantém dor	➤ Via endovenosa: 1. Antiinflamatório fica em horário	➤ Muito boa
12º	• Bypass femuropopliteu sob AGB • Queixoso	➤ Via endovenosa: 1. Mantém perfusão antiinflamatório 2. Analgésico não opióide em SOS	➤ Boa
13º	• Sem queixas • Dormiu bem	➤ Via endovenosa: 1. Suspende perfusão 2. Mantém antiinflamatório ➤ Via oral: 1. Analgésicos não opióides	➤ Razoável
14º	• Queixoso • Dormiu pouco	➤ Bólus endovenoso: 1. Analgésico opióide ➤ Via endovenosa: 1. Suspende antiinflamatório ➤ Via oral: 1. Analgésico opióide em horário e SOS 2. Antidepressivo ➤ Via rectal: 1. Antiemético em SOS	➤ Boa

Conclusões

- Os doentes caracterizaram-se como crónicos, com vários e prolongados internamentos.
- Houve interferências da dor vascular com múltiplas actividades da vida diária (sono/repouso; exercício / actividade profissional; alimentação; actividades sociais) causando ansiedade e depressão.
- Não se registou uma quantificação sistemática da dor por parte dos profissionais de Saúde.
- A analgesia nem sempre foi eficaz.

- Não foi referenciada actuação com terapêuticas não farmacológicas.

Projectos futuros

Estão a ser programadas, no Serviço de Cirurgia Vascular, as seguintes medidas:

1º. Na admissão

- Avaliação completa, pelo enfermeiro, de:
- Dor
 - Sono

Tabela 6.			
Dia	Ocorrências	Terapêutica	Qualidade Analgésica
1º	• Obstrução do <i>bypass</i> • Muito queixoso	➤ Via endovenosa: 1. Analgésicos não opióides	➤ Má
6º	• Dormiu mal • Mantém dor	➤ Via endovenosa: 1. Analgésicos não opióides 2. Analgésico opióide	➤ Razoável
7º	• Trombectomia sob BSA	➤ Perfusão endovenosa: 1. Analgésicos não opióides 2. Analgésico opióide 3. Antiemético	➤ Má
8º	• Muito queixoso	➤ Via endovenosa: 1. Aumento da perfusão 2. Antiinflamatório	➤ Boa
12º	• <i>Bypass</i> femuropopliteu sob BSA • Muito queixoso	➤ Mantém	➤ Má
13º	• Dormiu mal • Mantém dor	1. Via endovenosa: ➤ Via oral: 1. Ansiolítico	➤ Má
14º	• Muito queixoso • Membro frio e cianosado	➤ Bólus endovenoso: 1. Analgésico opióide ➤ Via endovenosa: 1. Aumento da perfusão	➤ Razoável
17º	• Muito queixoso	➤ Bólus endovenoso: 1. Analgésico não opióide ➤ Via endovenosa: 1. Aumento da perfusão	➤ Boa
19º	• Amputação pela coxa sob anestesia locorregional • Dormiu mal • Mantém dor	➤ Via epidural: 1. Analgésicos opióides 2. Anestésico local ➤ Via oral: 1. Anticonvulsivante 2. Ansiolítico	➤ Razoável
21º	• 2º dia de hipertermia • Retirado cateter epidural	➤ Via endovenosa: 1. Antipirético/analgésico não opióide ➤ Via oral: 1. Antidepressivo	➤ Boa
23º	• Diminuição da dor	➤ Via oral: 1. Antipirético/analgésico não opióide em horário e em SOS 2. Mantém anticonvulsivante, ansiolítico e antidepressivo	➤ Muito boa
29º	• Dor no membro “fantasma”	➤ Via oral: 1. Aumento do anticonvulsivante e antidepressivo	➤ Muito boa
31º e 32º	• Sem alterações	➤ Via oral: 1. Aumento do anticonvulsivante 2. Mantém restante terapêutica	➤ Muito boa

- Ansiedade/depressão
- Grau de dependência nas actividades de vida

2ª. No internamento

Em cada turno, monitorização de:

- Dor
- Sono
- Ansiedade/depressão
- Mobilidade

Mantem articulação protocolada com o Grupo de Dor do

Serviço de Anestesiologia, através de duas visitas diárias (médico e enfermeiro).

3ª. Na alta

Encaminhamento para a Consulta de Dor.

Fontes documentais

Consulta de Processos Clínicos do arquivo do Serviço de Cirurgia Vasculardo Hospital do Divino Espírito Santo.

Avaliação de uma Unidade de Dor Aguda

M^a Teresa Flor de Lima

Resumo

O objectivo deste trabalho foi fazer uma avaliação da actividade da Unidade de Dor Aguda do novo hospital, ao mesmo tempo, comparando com a experiência anterior, que contava apenas com 2 anestesiológicos. Fez-se a colheita de vários dados, entre os quais a percentagem, 12%, dos doentes com cirurgias mais dolorosas, seleccionados pelo respectivo anestesiológico, para serem monitorizados, durante 48 a 72 h, para a dor e a técnica analgésica, pelos médicos e enfermeiros do Grupo de Dor. Para melhorar este número, será necessário destacar elementos em exclusividade para o trabalho da Unidade de Dor Aguda.

Palavras chave: Unidade de Dor Aguda. Dor aguda pós-operatória.

Summary

The goal of this work was to evaluate a program of Acute Pain Unit, established since 2000, in a new hospital, comparing with another established, before, with a smaller team.

We studied, beside other aspects, the relation of the number of patients with more painful surgeries, selected for the program, with the total of patients operated in the same period of time, and we found that, in this moment, 12% have special analgesic technic, are monitored for pain during 48 to 72 h in the postoperative period and supervised by doctors and nurses of the pain group.

We concluded that it would be difficult to go beside this number without recruiting more and exclusive human resources.

Key words: Acute Pain Unit. Postoperative pain.

Introdução

A reconhecida carência de recursos humanos nos Serviços de Anestesiologia, no nosso país, a qual não deixou de se manifestar no Hospital de Ponta Delgada, não permitiu que o controlo da dor pós-operatória tenha sido organizado, de uma forma generalizada, pelos anestesiológicos. Isto acarretou hábitos difíceis de desenraizar.

Se, em muitos países da Europa e Estados Unidos, as Unidades de Dor Aguda já contam com a experiência de quase duas décadas, entre nós, não será só a publicação do Plano Nacional de Luta contra a Dor que irá resolver o problema de base. Um longo trabalho, orientado para a mudança de atitudes e a criação de uma cultura de "Hospital sem Dor", carece ser desenvolvido, em cada local, ao mesmo tempo que devem ser disponibilizados mais recursos humanos. Neste campo, a grande mobilização e actividade do grupo profissional de Enfermagem,

nos últimos anos, tem constituído um dos maiores e melhores aliados da grande paixão dos anestesiológicos e, até certo ponto, a grande razão da sua existência – a sua actuação articulada, desde o pré-operatório, passando pela técnica anestésica e a escolha da analgesia do pós-operatório.

No nosso hospital, se há cerca de 8 anos se começou a programar um esboço de Unidade de Dor Aguda, só nos 2 últimos anos é que nos foi possível criar uma dinâmica de unidade funcional, multidisciplinar e organizada. Como causa do longo percurso não foram alheios certos factores, entre os quais salientamos a adiada mudança para as novas instalações, a necessidade de formação dos profissionais que mais directamente acompanham os doentes e a discussão, a elaboração e a divulgação de protocolos de actuação para os próprios anestesiológicos, além da constituição de um grupo interessado e motivado.

O presente trabalho constituiu uma forma de avaliação do projecto desenvolvido desde 2000, com o objectivo de corrigir e melhorar formas de actuação, quer a nível da escolha de protocolos e técnicas, da articulação dos vários profissionais, bem como dos registos da monitorização dos doentes e da recolha de dados estatísticos.

Chefe de Serviço de Anestesiologia, Coordenadora do Grupo de Dor do Serviço de Anestesiologia, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada
Director do Serviço de Anestesiologia – Dr. Pedro Carreiro

O projecto da Unidade de Dor Aguda do Hospital do Divino Espírito Santo foi iniciado de 1996 a 1999 com 2 anesthesiologistas e, a partir de 2000, evoluiu para:

- Uma Unidade Funcional do Serviço de Anestesiologia.
- Um Grupo Multidisciplinar (5 anesthesiologistas, 4 enfermeiros de anestesia, 1 enfermeiro em cada Serviço de Cirurgia, 1 farmacêutica, 1 cirurgião), com resposta durante 24 h.
- Sendo o trabalho de todos os profissionais incluído no horário normal, com acumulação de tarefas.
- E sendo a técnica analgésica da responsabilidade conjunta do anesthesiologista e do cirurgião respectivos de cada doente e iniciada no Bloco Operatório, quer na sala de operações, quer na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Nesta última fase, foi desenvolvido um grande esforço no sentido da discussão de vários protocolos para cada técnica, na divulgação do projecto, na formação de enfermeiros e na criação de rotinas de registos e de monitorização dos doentes.

Material e método

Foi feito um estudo retrospectivo dos registos individuais de todos os doentes seleccionados, pelo respectivo anesthesiologista, para o Grupo de Dor (grandes cirurgias, técnicas especiais e doentes com alguma particularidade), de 1 de Janeiro de 2000 a 31 de Maio de 2002, e que, segundo o projecto aprovado no Serviço de Anestesiologia, são arquivados após 48 a 72 h, ou mesmo mais, se necessário.

Dos dados registados na visita diária de médico ou médico e enfermeiro, seleccionámos:

- A técnica analgésica.
- A especialidade cirúrgica.

Os números foram analisados em relação ao total de doentes operados com anestesia ou sedação, em cada ano, tendo sido fornecidos pelos Serviços de Estatística do Bloco Operatório e do Hospital.

Fez-se, ainda, a comparação com os resultados obtidos na avaliação do primeiro projecto, contemplando apenas 5 especialidades cirúrgicas, no período de 1 ano, de 1 de Julho de 1996 a 30 de Junho de 1997.

Resultados

Verificou-se, nos gráficos 1, 2, 3 e 4, quanto à técnica analgésica:

- Um número mais ou menos constante de técnicas de analgesia epidural.
- O número de técnicas de analgesia balanceada, seleccionadas devido a patologia do doente e prescritas pelo cirurgião, não é de valorizar.
- O número de técnicas de PCA só é justificado pela chegada das respectivas máquinas, no mês anterior à recolha dos dados.
- Um número crescente de técnicas de perfusão contínua endovenosa, total 64%, devido a ter havido, no hospital novo, uma opção de aquisição de equipamento, seringas perfusoras.

Quanto à relação do número de doentes seleccionados com o total de anestésias, verifica-se, nos gráficos 5, 6 e 7, um aumento progressivo, de 5% para 9 e 12%, no ano em curso.

Comparando estes dados com os de 1996-1997, gráficos 8, 9 e 10, verifica-se um aumento mais significativo, de 2 para 12%, em relação ao número total de anestésias, mas que não é tão importante, se apenas se tiver em consideração os objectivos atingidos para o total dos doentes das 5 especialidades cirúrgicas seleccionadas, na

altura, e estando o Grupo de Dor a funcionar, unicamente, com 2 anesthesiologistas.

Estudámos, ainda, nos gráficos 11, 12, 13, 14 e 15, a distribuição das várias técnicas pelas especialidades mais seleccionadas, designadamente, cirurgia vascular,

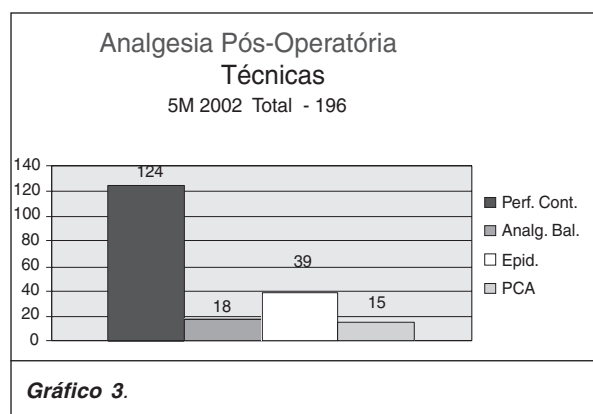
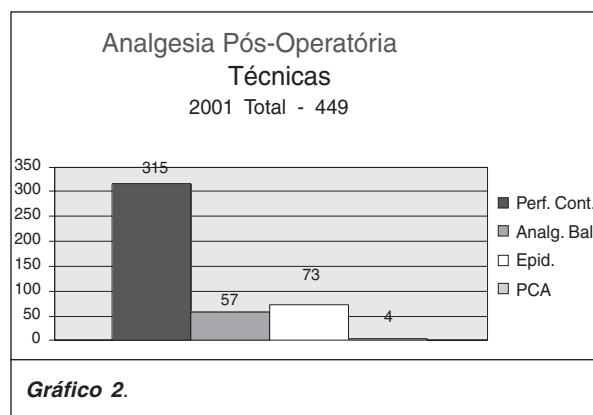
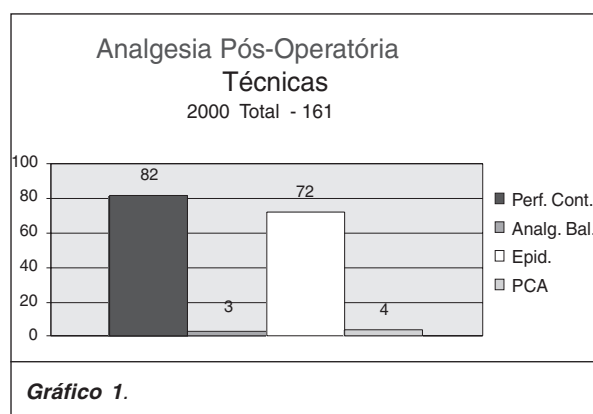
Cirurgia geral, ortopedia e urologia, não tendo sido possível seleccionar, separadamente, ginecologia e obstetrícia

- O número de analgesias epidurais foi maior nos doentes de ortopedia e urologia, respectivamente, 39 e 33%.
- Efectuaram-se mais perfusões contínuas endovenosas, 82%, nos doentes de cirurgia geral.

Discussão

Reconhece-se que a escolha da técnica analgésica, no período pós-operatório, depende de vários factores. Se a cirurgia a que o doente é submetido constitui um factor determinante, outros são de valorizar:

- A equipa cirúrgica.



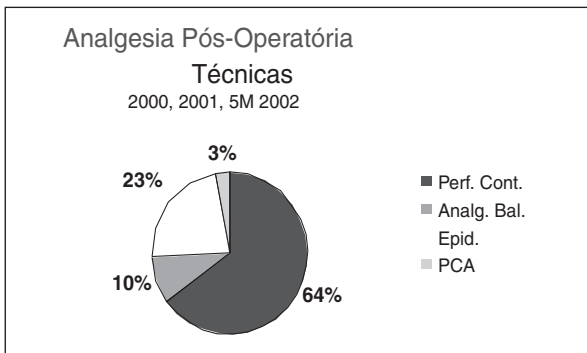


Gráfico 4.

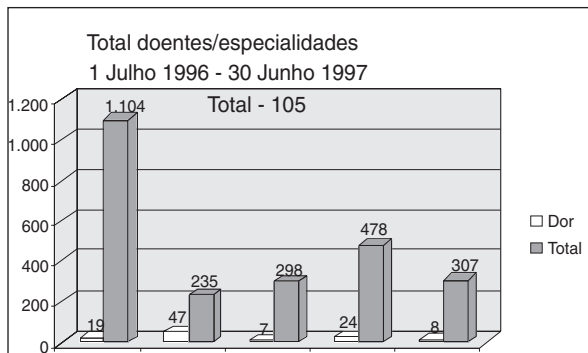


Gráfico 8.

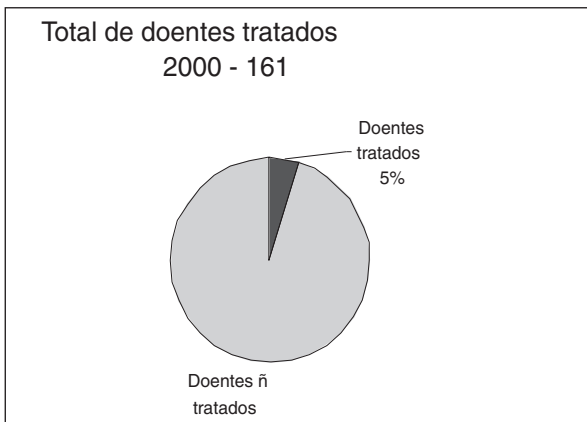


Gráfico 5.

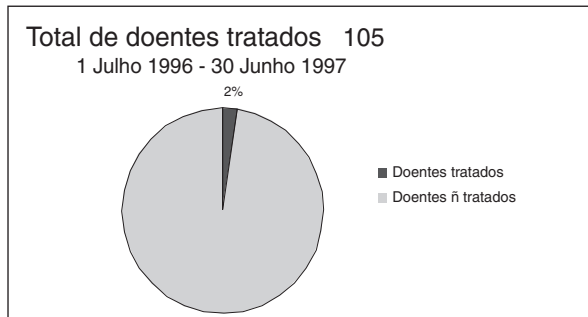


Gráfico 9.

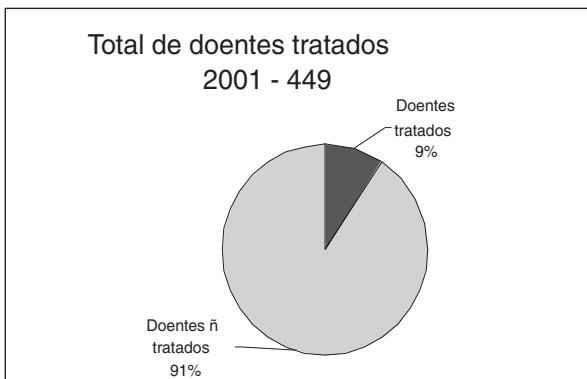


Gráfico 6.

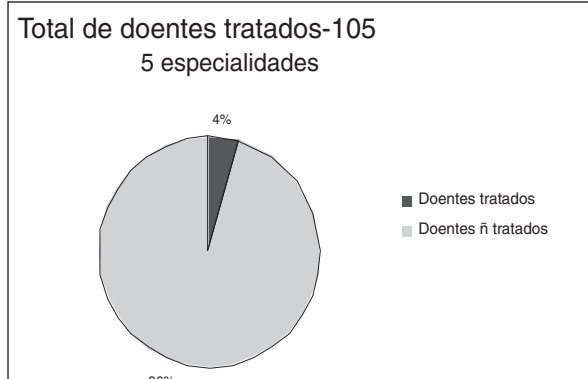


Gráfico 10.

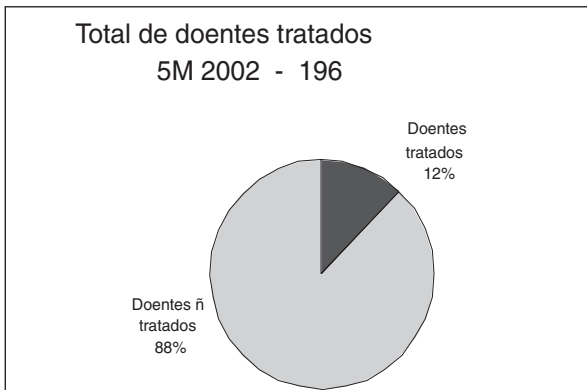


Gráfico 7.

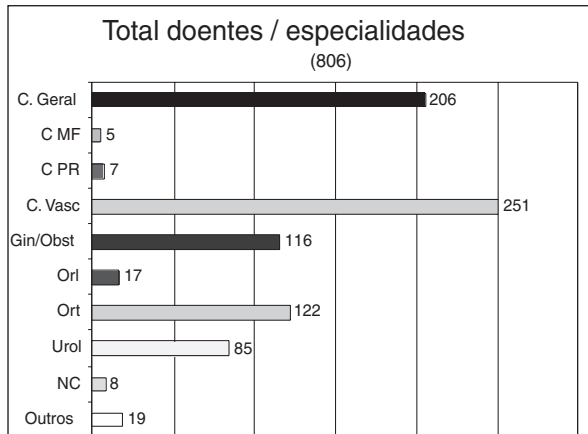
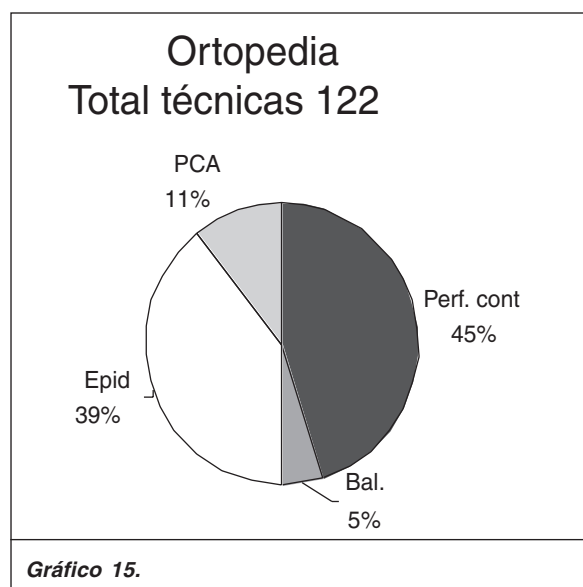
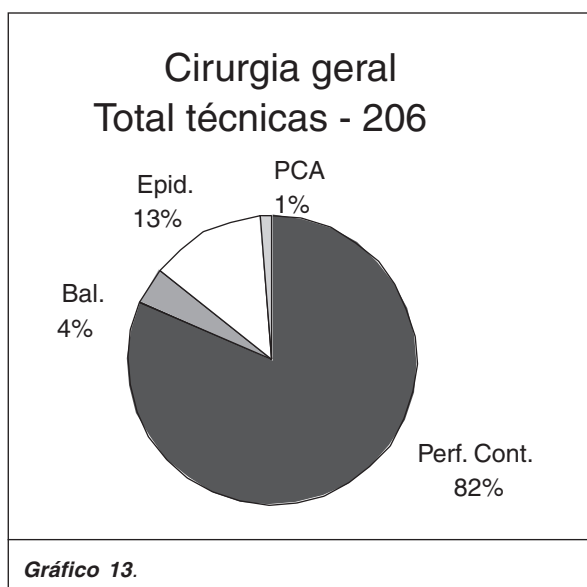
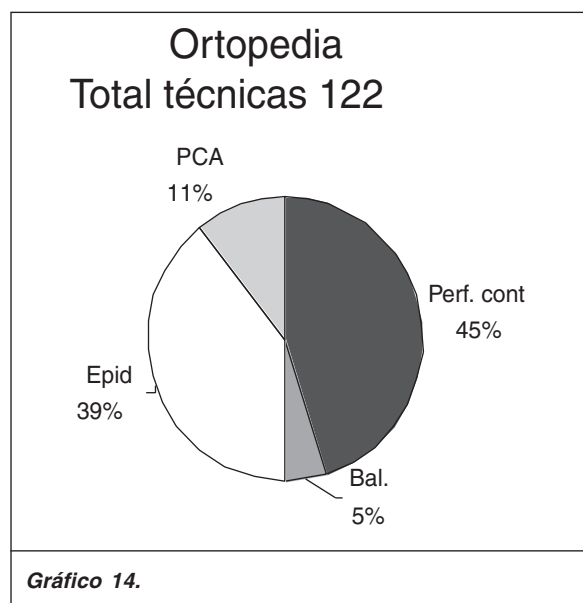
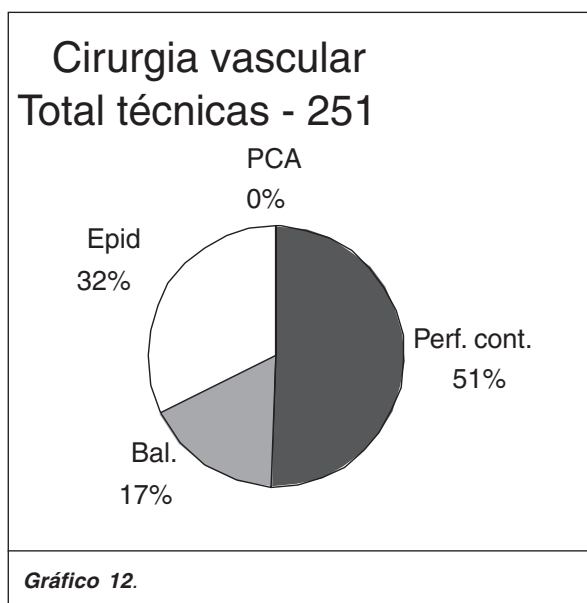


Gráfico 11.



- Os recursos humanos.
- O material disponível.
- A organização.

Concluimos que o número de doentes seleccionados para o Grupo de Dor Aguda, 12% do total dos operados, dificilmente será melhorado e representa o limite das possibilidades, para os recursos humanos envolvidos e com o esquema de trabalho em vigor.

No entanto, partilhámos, com outros autores, a ideia de que o esforço desenvolvido tem melhorado a qualidade do tratamento de todos os doentes com Dor Aguda, quer operados, quer os que apresentam outros tipos de dor e que são atendidos à chamada, uma vez que beneficiam da rotina estabelecida de uma melhor avaliação da dor e de uma mais cuidada prescrição de analgésicos, bem como da denominada "cultura da cirurgia sem dor", que se está a desenvolver nos Serviços de Cirurgia.

Conclusões

Estando os Serviços de Anestesiologia e os Blocos Operatórios muito carentes em recursos humanos, os quais, acima de tudo, são submetidos a uma enorme sobrecarga de trabalho, a organização de Unidades de Dor Aguda requer muito esforço individual de quem as considera parte integrante da sua actividade e necessita de muita compreensão por parte dos responsáveis.

Assim, ao serem programadas mais Unidades de Dor Aguda, em outros hospitais, ou melhoradas as existentes, pensamos que o destacamento de elementos, médicos e/ou enfermeiros, em exclusividade, para as tarefas a ela subjacentes, tais como a organização, a vigilância dos doentes, a elaboração de protocolos, a formação dos profissionais e a elaboração de registos e recolha de dados estatísticos, é um factor de primordial importância.

Complicações da analgesia pós-operatória

Ana Sousa¹, M^a Teresa Flor de Lima²

Resumo

Este trabalho complementa a avaliação da Unidade de Dor Aguda do HDES. Fez-se a colheita de vários dados nas folhas de registo dos doentes seleccionados para o Grupo de Dor. Verificou-se o maior número de complicações nas técnicas de perfusão contínua endovenosa e de analgesia balanceada, sendo a analgesia ineficaz a complicação mais frequente, em 10% dos doentes, seguida de náuseas e/ou vômitos, sonolência e dificuldades na manutenção de catéteres epidurais.

Palabras-chave: Unidade de Dor Aguda. Analgesia pós-operatória. Complicações.

Summary

The goal of this work was to evaluate complications of postoperative analgesia. We studied the archive of the Acute Pain Unit where intravenous perfusion and balanced analgesia were the techniques with more complications, being inadequate analgesia the most found complication, 10% of patients, followed by nausea or vomiting, sleepiness and problems with epidural material.

Key words: Acute Pain Unit. Postoperative pain. Complications.

Introdução

A Unidade de Dor Aguda do Hospital do Divino Espírito Santo, ilha de São Miguel, Açores, adquiriu novo dinamismo com a abertura deste novo hospital, no ano de 2000. Desde então, foram, progressivamente, implementadas as diferentes técnicas de analgesia de pós-operatório, entre as quais a perfusão contínua endovenosa e a PCA, mais recentemente. Como qualquer inovação, foi difícil, por vezes, a adesão por parte de alguns profissionais, por receio das complicações inerentes.

Material e método

Desde 1 de Janeiro de 2000 até 31 de Maio de 2002, foram observados, pelo Grupo de Dor Aguda, 806 doentes e efectuadas notas da visita diária de cada doente, em folha própria, que se encontra no arquivo do Serviço de Anestesiologia.

Registaram-se diferentes complicações, de carácter *minor* e sem resultados nefastos, nas diferentes técnicas

de analgesia de pós-operatório utilizadas e que se distribuíram, de acordo com o gráfico 1.

Do gráfico 1, conclui-se que o maior número de complicações foi a analgesia ineficaz ou insuficiente (81) e as náuseas e ou vômitos (72), seguido de sonolência (54) e de complicações com o cateter epidural (37).

Em relação à analgesia insuficiente ou ineficaz, gráfico 2, esta verificou-se em maior número de doentes com as técnicas de analgesia endovenosa balanceada (22%) e perfusão contínua endovenosa (58%) do que com as técnicas de epidural e de PCA, o que vem de encontro às previsões que fazíamos, de acordo com os dados da literatura. A percentagem relativamente elevada de analgesia insuficiente ou ineficaz, com a técnica epidural (16%), deveu-se ao facto de ter ocorrido elevado número de complicações com a manutenção do cateter epidural.

No item analgesia insuficiente ou ineficaz não foram incluídas as dores à mobilização nem a dor ligeira, tendo sido contabilizadas, apenas, as dores referidas como moderadas e, mais raramente, intensas.

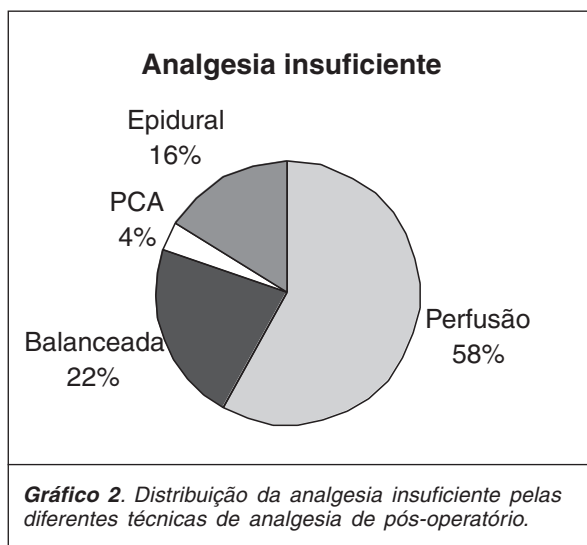
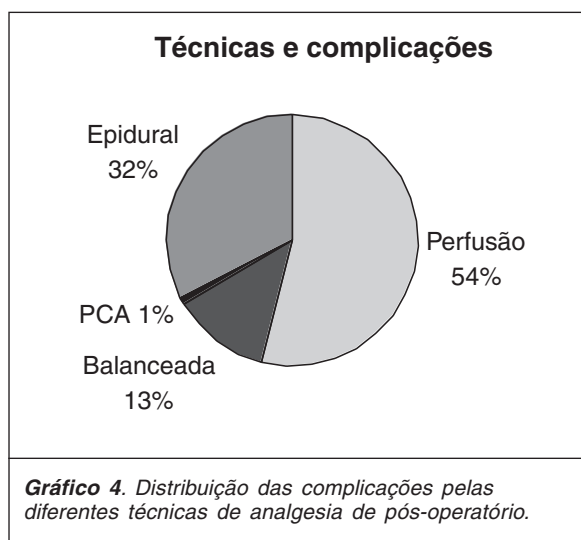
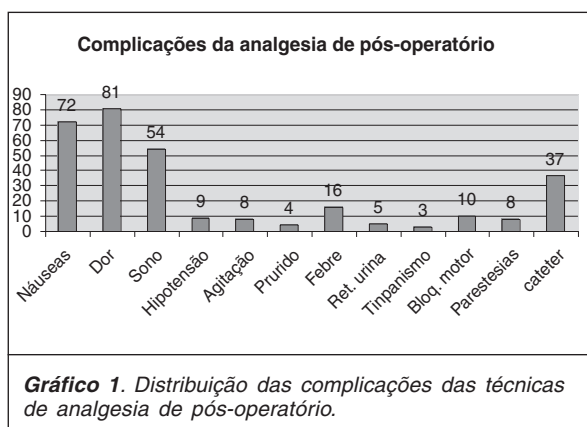
Na segunda complicação mais frequente, as náuseas, também foram incluídos os vômitos, embora nem todos os doentes com náuseas tenham tido vômitos. Como se pode observar pelo gráfico 3, a técnica analgésica responsável pela maior percentagem desta complicação foi a perfusão contínua endovenosa (80%), seguida da analgesia balanceada (13%).

No controlo da analgesia de pós-operatório, efectuado pelo Grupo de Dor Aguda deste hospital, foram usadas as

¹Assistente Hospitalar do Serviço de Anestesiologia, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

²Chefe de Serviço de Anestesiologia, Coordenadora do Grupo de Dor

Director do Serviço de Anestesiologia – Dr. Pedro Carreiro

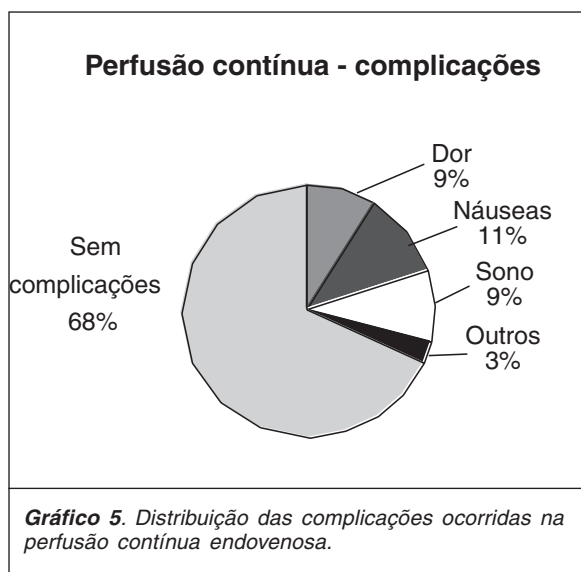
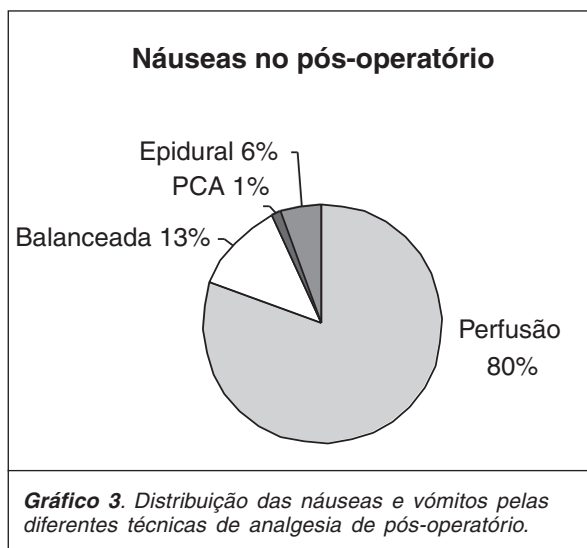


cações (54%), o que se explica pelo facto de ser uma analgesia fixa e não adequada às necessidades e à variabilidade individual de cada doente.

A analgesia epidural apresenta a segunda maior percentagem de complicações (32%), devido às complicações relacionadas com o manuseamento do cateter e não propriamente com a técnica ou com os efeitos secundários desta ou dos analgésicos utilizados.

Na analgesia por perfusão contínua endovenosa, foram administradas preparações farmacológicas de morfina e misturas de tramadol com metoclopramida e, mais frequentemente, de tramadol, metoclopramida e metamizol magnésico. Neste tipo de técnica, 11% das perfusões foram responsáveis pelo aparecimento de náuseas e vômitos e 9% por analgesia insuficiente ou ineficaz e de sonolência, como se observa no gráfico 5.

Considerou-se como analgesia balanceada, a técnica analgésica que utilizou diferentes analgésicos administrados, em bólus, pelas vias endovenosa, oral e, mais raramente, por via rectal. Esta técnica foi usada apenas em 78 doentes, uma vez que é responsável por mau controlo da



técnicas de analgesia balanceada, perfusão contínua endovenosa, PCA e analgesia epidural. Como se pode observar no gráfico 4, a técnica de analgesia por perfusão contínua endovenosa teve maior percentagem de compli-

dor, com aparecimento de mais efeitos secundários, como se pode concluir pela comparação dos gráficos 5 a 8.

Na modalidade de analgesia controlada pelo doente, PCA, verificou-se que, apesar da pequena amostra, 23 doentes no total, a maior parte dos doentes (83%) não têm complicações e apenas 4% apresentam náuseas (Gráfico 7). A percentagem de 13% dos doentes com PCA que referiram analgesia insuficiente ou ineficaz é relativa à fase de instalação desta técnica, no nosso hospital, com algumas dificuldades na titulação das doses e no ensino aos doentes.

Apesar das dificuldades na manutenção dos catéters epidurais, com 20% de complicações, nomeadamente exteriorizações e desconexões dos filtros, só 7% dos doentes com analgesia epidural referiu analgesia insuficiente ou ineficaz (Gráfico 8).

Por outro lado, os bloqueios motores e sensitivos unilaterais, observados neste tipo de técnica, surgiram, essencialmente, com a perfusão contínua de ropivacaína a 2 mg/ml e resolveram com a redução da perfusão ou retirando, cerca de 1 cm, o cateter epidural.

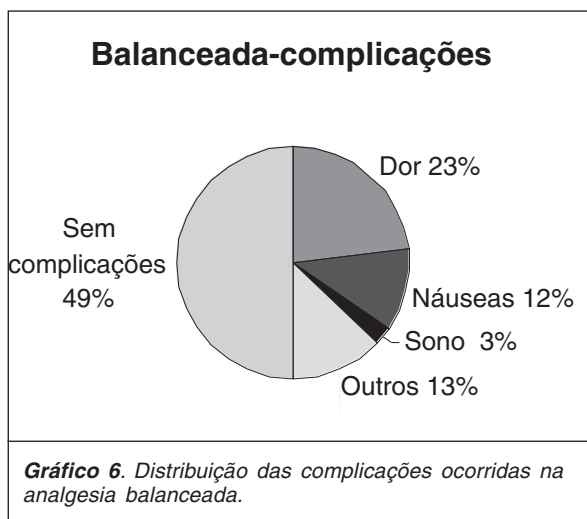


Gráfico 6. Distribuição das complicações ocorridas na analgesia balanceada.

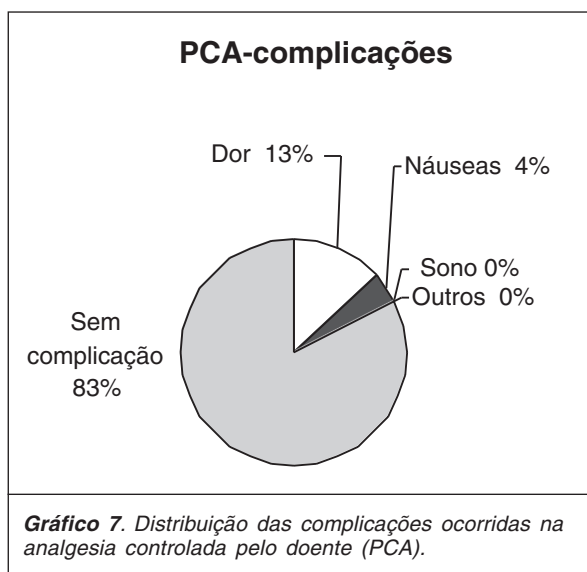


Gráfico 7. Distribuição das complicações ocorridas na analgesia controlada pelo doente (PCA).

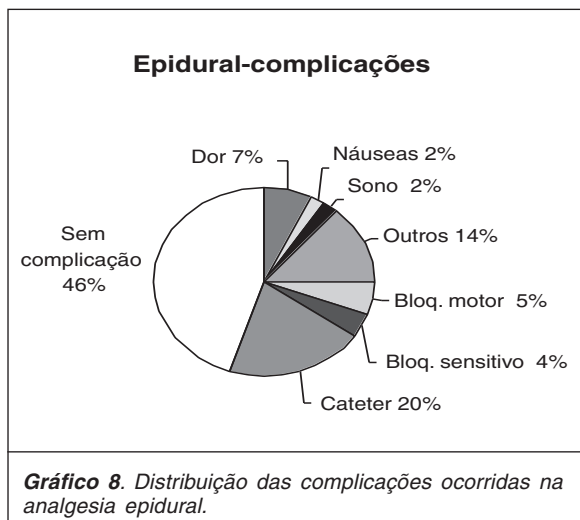


Gráfico 8. Distribuição das complicações ocorridas na analgesia epidural.

Considerando que as técnicas cirúrgicas e suas localizações poderiam ser responsáveis pelo aparecimento de complicações, nomeadamente náuseas e vômitos, muitas vezes imputadas à técnica analgésica, verificou-se que as especialidades cirúrgicas que têm manipulação intraabdominal, como sejam a cirurgia geral e a ginecologia, apresentaram maior número de doentes com aquela complicação, como é referido no gráfico 9.

Conclusões

Este estudo retrospectivo do número e tipo de complicações que ocorreram durante a avaliação da analgesia de pós-operatório, efectuada na Unidade de Dor Aguda do HDES, no período de 1 de Janeiro de 2000 a 31 de Maio de 2002, permitiu concluir:

- As complicações que surgiram mais frequentemente foram: analgesia ineficaz ou insuficiente, em 10%, náuseas e/ou vômitos, em 8,9%, sonolência em 6,7% e complicações com o cateter epidural em 4,6% dos doentes.
- Estas complicações surgiram mais com as técnicas de analgesia em perfusão contínua endovenosa, 54%, e, na epidural, 32%, por dificuldade de manutenção do cateter.
- A analgesia insuficiente ou ineficaz e os efeitos se-

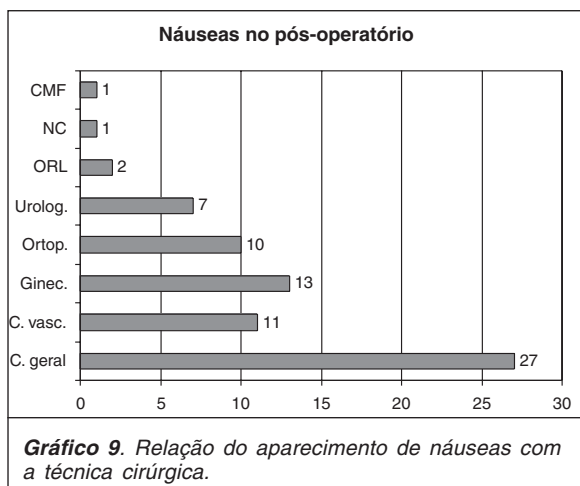


Gráfico 9. Relação do aparecimento de náuseas com a técnica cirúrgica.

cundários dos analgésicos foram mais frequentes na analgesia balanceada do que nas outras técnicas.

- A PCA foi a técnica analgésica com menor número de complicações, sendo estas referidas em, apenas, 17% dos doentes; só 13% dos doentes referiram dor.
- Os bloqueios, motor e sensitivo, registados na técnica de epidural foram mais frequentes com a administração de ropivacaína em perfusão.
- O tipo e a localização da técnica cirúrgica, sobretudo a intraabdominal, também podem ter interferido, de certo modo, com o aparecimento de náuseas e vômitos, muitas vezes atribuídos aos fármacos analgésicos.

Estando em curso, no Serviço de Anestesiologia, a informatização dos registos de analgesia do pós-operatório, num sistema de rede *Picis*, em próxima avaliação poderemos vir a confirmar o significado estatístico de alguns destes dados e, ao mesmo tempo, analisar outros parâmetros de eficácia

analgésica e outros factores que influenciem o aparecimento de complicações das várias técnicas, sobretudo da PCA que foi, muito recentemente, iniciada.

Uma melhor articulação com os Serviços de Cirurgia, bem como uma melhor formação dos enfermeiros, poderão reduzir o aparecimento de muitas destas complicações, através de uma vigilância mais adequada.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os colegas do Serviço de Anestesiologia que têm colaborado com a Unidade de Dor Aguda e realçamos o empenhamento dos restantes elementos do Grupo de Dor, Dr^a M^a Conceição Soares, Dr. Paulo Silveira e Dr^a Rosa Brasil, na melhoria da qualidade das técnicas analgésicas e do funcionamento da Unidade de Dor, bem como de todos os enfermeiros do Grupo de Dor, do Bloco Operatório e dos Serviços de Cirurgia.

Registo informatizado da analgesia no pós-operatório

Joel da Silva Varanda

Resumo

São apresentadas algumas das vantagens e alguns aspectos técnicos do sistema informatizado, em rede, que está instalado em alguns Serviços do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada e que inclui registo da analgesia do pós-operatório.

Summary

In this work, we resume some of the advantages of a computerized system that is installed in some departments of the Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada. One chapter is the registration of some variables of the analgesic postoperative technique.

A era da informação, ou melhor, as tecnologias da informação trazem os seus valores para os serviços hospitalares.

O Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada, como instituição integrada nas tecnologias de informação, também primou pelo aproveitamento que a informática nos pode dar, tendo, desde logo, instalado sistemas de informatização, integrados em rede, em todos os serviços.

Ao nível da Europa, somos pioneiros no uso de um sistema informatizado de registos que liga quatro Serviços (Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, Unidade de Tratamento Intensivo Cardíaco e, dentro em breve, Serviço de Urgência).

No que respeita ao Bloco Operatório, são efectuados os registos informatizados de:

- Consulta pré-anestésica.
- Perioperatório.
- Analgesia pós-operatória.

É sobre os registos informatizados da Analgesia Pós-operatória que me vou debruçar, sucintamente. Estes consistem, fundamentalmente, em:

- Prescrição de: terapêutica, técnica analgésica, equipamento e avaliações a registar no pós-operatório que vai decorrer na enfermaria, após a alta da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.
- Reavaliação e registo das alterações terapêuticas, das técnicas, dos equipamentos usados e dos sinais e sintomas manifestados pelo doente.

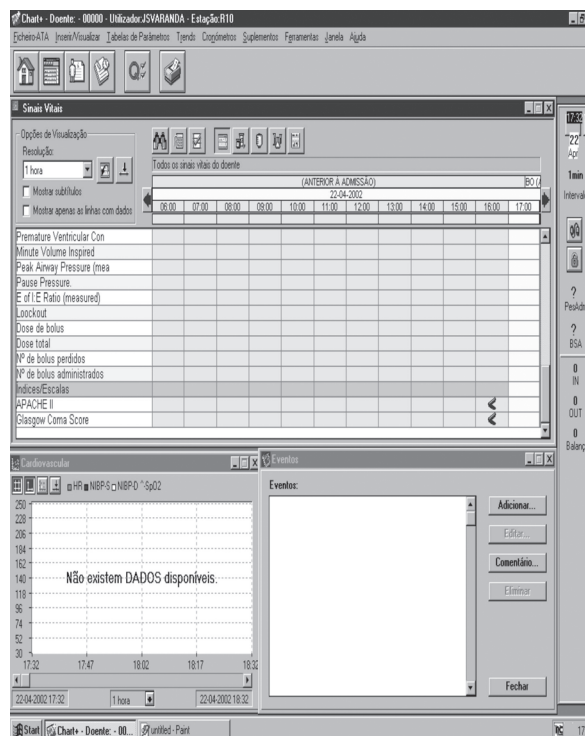
As vantagens deste sistema são:

- Melhorar a monitorização e o registo das alterações.

Enfermeiro Graduado desempenhando funções de enfermeiro de Anestesia

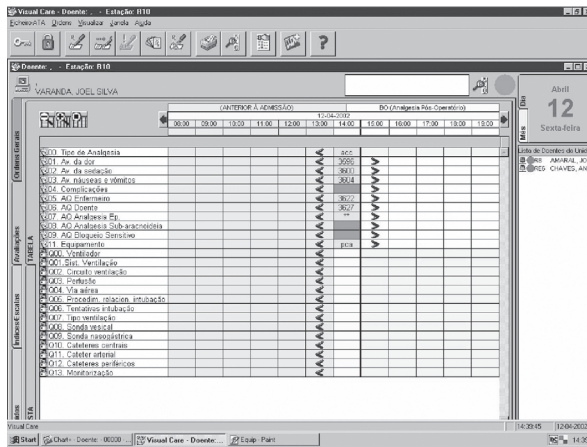
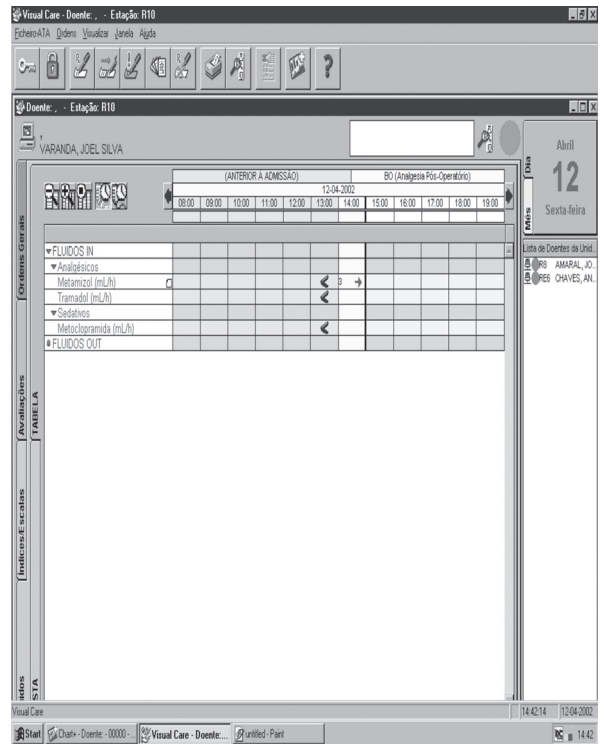
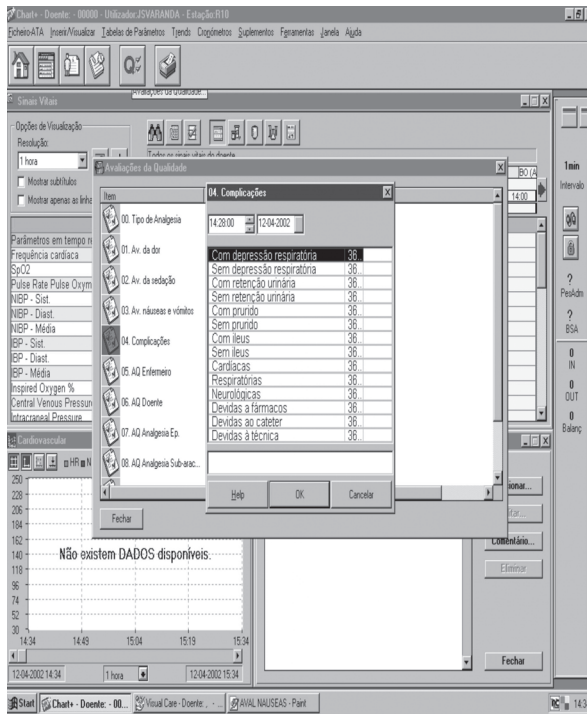
Bloco Operatório do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Director do Serviço de Anestesiologia – Dr. Pedro Carreiro



- Permitir mais tempo livre para cuidar do utente, uma vez que os parâmetros vitais são registados automaticamente.
- Registrar com um código pessoal, logo com melhor identificação do profissional.
- Efectuar uma avaliação mais fácil da evolução do utente.

O programa é constituído, basicamente, pelo sistema Windows, que tem na base de dados (em Excel) todos os



fármacos, fluidos e materiais utilizados, além do nome de todos os enfermeiros e médicos que frequentam o Bloco Operatório.

Com este sistema é possível colher todos os dados estatísticos que se pretenda, rápida e eficazmente.

Não é um sistema fechado, uma vez que as bases de dados podem ser modificadas, a todo o momento.

Com este programa é possível registrar e avaliar, mais correctamente, as técnicas de PCA, avaliando exactamente as doses que o doente solicitou e as que realmente fez.

É de fácil e rápida aprendizagem e utilização.

Em caso de problemas legais, pode ser utilizado uma vez que regista em base de dados todas as modificações, assim como quem as efectuou.

A seguir, mostram-se algumas imagens do ambiente que é visualizado no écran do computador.

Dor no pós-operatório – O ponto de vista do cirurgião

F. Melo Bento¹, Teresa Eloi², M^a Teresa Flor de Lima³, Victor Santos⁴

Resumo

Assiste-se, nos últimos anos, a uma mudança no tratamento da dor aguda no pós-operatório, tradicionalmente a cargo do Cirurgião e que passa a ser supervisionada pelo anestesiológista. Esta mudança acarretou alterações profundas na dinâmica dos Serviços de Cirurgia, não isentas de polémica e de dúvidas na percepção e análise em relação à melhoria dos cuidados prestados. Com o presente trabalho, os autores propõem-se a avaliar a qualidade no controlo da dor, num Serviço de Cirurgia Geral, antes e depois da entrada em funções do Grupo de Dor do Serviço de Anestesiologia.

Palavras-chave: Dor no pós-operatório. Cirurgia. Anestesia.

Summary

During these last decades, there have been changes on the treatment of acute postoperative pain which meant the changing on the treatment team. This new approach led to several adaptations in the organization of the surgery department, which brought up some questions and doubts related to the perception and analysis of the medical care improvement. The authors intend to evaluate the quality of post operative pain control before and after the existence of an Acute Pain Unit running in Anesthesiology Department.

Key words: Post operative pain. Surgery. Anesthesiology.

Introdução

Nos últimos anos, à semelhança do que foi uma postura adoptada internacionalmente, assiste-se ao aparecimento, em Portugal, de Grupos de Dor a cargo dos anestesiológistas que, gradualmente, englobaram o tratamento da dor aguda do pós - operatório na sua actividade. Essa nova abordagem do tratamento da dor não foi isenta de controvérsia, nomeadamente entre Anestesiológista/cirurgião. O cirurgião, tradicionalmente habituado ter, exclusivamente, a seu cargo também este aspecto do peri-operatório, encara, muitas vezes, a presença do Anestesiológista, na enfermaria, como uma intromissão, embora justamente lhe reconheça maior capacidade de domínio dos vários fármacos utilizados na analgesia. Está justificada essa preocupação pela ligação que o cirurgião estabelece com o doente, muito tempo antes do acto operatório e que, muitas vezes, se prolonga para o resto da vida deste. Para o anestesiológista, o tratamento da dor no pós-operatório apresenta-se como um novo desafio e uma oportunidade

para um maior envolvimento no cuidado ao doente. Contudo, apesar da obrigação moral e ética em aliviar a dor, ainda se verifica um certo grau de falta de compromisso, por parte de todos os profissionais de saúde no tratamento da dor no pós-operatório, dor essa que se espera limitada no tempo.

No nosso hospital, o Grupo de Dor iniciou a sua actividade em Janeiro de 2000, tendo a seu cargo um grupo crescente de doentes submetidos a cirurgia *major*. A inclusão do doente no Grupo de Dor era sempre de comum acordo com o cirurgião.

No presente trabalho, tentou-se avaliar a qualidade do controlo da dor no-pós operatório, antes e depois da organização do Grupo de Dor.

Material e métodos

Foi efectuado um inquério junto de um grupo de enfermeiros, utilizando os seguintes critérios: enfermeiros com, pelo menos, 5 anos consecutivos de experiência nos Serviços de Cirurgia do nosso hospital e que estes 5 anos tivessem coincidido com o aparecimento do Grupo de Dor.

Com estas características, constituiu-se um grupo de 21 Enfermeiros, dos quais a maioria frequentou cursos de dor ministrados pelo Hospital, tendo os mais novos o estudo da dor incluído na sua formação académica.

Para além de perguntas de resposta fechada, foi-lhes pedido um comentário final.

¹Assistente eventual de Cirurgia Geral

²Interna do Complementar de Cirurgia Geral

³Chefe de Serviço de Anestesiologia, Coordenadora do Grupo de Dor

⁴Director do Serviço de Cirurgia Geral, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Resultados

1. Em relação ao grau de satisfação sentido por vós no tratamento da dor, classifica-o de:

	Antes do Grupo de Dor		Após o Grupo de Dor	
	Nº	%	Nº	%
Muito bom	0	0	4	19
Bom	3	14	14	67
Satisfatório	12	57	3	14
Insuficiente	6	29	0	0

2. Em relação à carga de trabalho que veio significar a existência do Grupo de Dor, considera que:

	Nº	%
Traduziu-se numa sobrecarga de trabalho	3	14
Não significou qualquer sobrecarga	13	62
Veio aliviar a carga de trabalho	5	24

3. No que diz respeito à qualidade da analgesia após o aparecimento do Grupo de Dor:

	Em relação à dor propriamente dita	
	Nº	%
Melhor controlo da dor	17	81
Sem qualquer diferença	4	19
Pior controlo da dor	0	0

	Em relação à qualidade do pós-operatório	
	Nº	%
Melhor pós-operatório	17	80
Sem qualquer diferença	2	10
Pior pós-operatório	2	10

4. Em relação às técnicas de analgesia, considera que possui:

	Nº	%
Bons conhecimentos	2	9
Conhecimentos suficientes	14	67
Conhecimentos insuficientes	5	24

5. Considera que a formação que lhe foi prestada na área do controlo da dor foi:

	Nº	%
Boa	2	9
Suficiente	5	24
Insuficiente	14	67

6. Em relação à técnica de analgesia no pós-operatório imediato, assinala:

	A que mais gosta	A que menos gosta
Medicação em SOS	1	5
Medicação em horário	4	0
Medicação em perfusão contínua	10	2
PCA	7	2
Analgesia epidural	0	13

Discussão

Embora o presente trabalho se baseie, apenas, num inquérito de opinião e com uma amostra limitada, parecem permitir uma boa reflexão sobre a postura tradicional face à dor no pós-operatório. No tratamento da dor, os enfermeiros são, provavelmente, o grupo de profissionais que mais tempo dispense na avaliação do grau da dor e acresce-se o facto de serem isentos em alguma polémica

que possa persistir entre cirurgião e anestesista. Posicionam-se no fim da linha e são o garante do sucesso no alívio da dor.

Da análise dos dados, conclui-se que, para estes profissionais, houve uma melhoria no grau de satisfação no tratamento da dor após o aparecimento do Grupo de Dor, sem prejuízo na carga de trabalho habitual, além de uma melhoria na qualidade da analgesia e do pós-operatório, em geral.

A maioria dos enfermeiros admite possuir conhecimentos suficientes em relação às diferentes técnicas de analgesia, mas reconhece deficiências na formação e na reciclagem, o que lhes impede de alcançar o sucesso desejado na sua prestação de cuidados. Aqui, salientam a dificuldade no manuseamento de técnicas como a PCA, recentemente introduzida no nosso hospital, e a analgesia epidural.

Apesar da melhoria global apontada, as principais desvantagens enunciadas pelos enfermeiros, após o início do Grupo de Dor, são um período de sonolência mais prolongado, um maior período de imobilidade e, por vezes, alguma dificuldade no acesso rápido ao anestesiológico.

Conclusão

A causa do sofrimento do doente, é, para o cirurgião e para o doente, o acto operatório infligido. As duas principais preocupações para o doente são o conforto físico e o alívio da dor mas, em muitos estudos publicados, é reconhecida a falta de informação ao doente acerca do grau de dor esperada no pós-operatório, a demora na administração de fármacos e, por vezes, uma analgesia inadequada ao grau de dor.

Para o anestesiológico, eventualmente, é secundária a interpretação de alguns efeitos laterais da medicação, efeitos esses que se sobrepõem aos sinais clínicos, essenciais para o cirurgião na avaliação da evolução e no diagnóstico e tratamento atempados de complicações no pós-operatório. Neste contexto, são, especialmente, importantes a depressão respiratória, a sonolência e imobilidade prolongada, o íleo paralítico e as náuseas e vômitos.

Quando este grupo de profissionais interage e organiza planos de cuidados pós-operatórios, dirigidos a cada doente, assiste-se a uma significativa melhoria dos resultados. Neste sentido, a integração do cirurgião, para além dos anestesiológicos e enfermeiros no Grupo de Dor multidisciplinar, é, sem dúvida, essencial, devendo o cirurgião aceitar que nunca se deve demitir dessa sua obrigação.

Uma mudança na cultura perioperatória da instituição é, muitas vezes, o requisito mais importante para permitir a melhoria significativa na analgesia do pós-operatório.

Bibliografia

- Coinière M, Melzack R, Girard N, et al. Comparisons between patients and nurses assessments of pain and medication efficacy in severe burn injuries. *Pain* 1990;40:143-52.
- Sutherland JE, Wesley RM, Cole PM, et al. Differences and similarities between patient and physician perceptions of patient' pain. *Fam Med* 1988;20:343-6.
- Teske K, Daut RL, Cleeland CS. Relationships between nurses observations and patients' self-reports of pain. *Pain* 1983; 16:289-96.
- Thomas V, Heath M, Rose D, et al. Psychological characteristics and the effectiveness of patient-controlled analgesia. *Br J Anaesth* 1995;74:271-6.
- Chan VW, Chung F, McQuestion M, et al. Impact of patient-controlled analgesia on required nursing time and duration of postoperative recovery. *Reg Anesth* 1995;20:506-14.
- Deluca A, Coupar IM. Insights into opioid action in the intestinal tract [review]. *Pharmacol Ther* 1996;69:103-15.

7. Fossilen E. Adverse effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the gastrointestinal system [review]. *Ann Clin Lab Sci* 1998;28:67-81.
8. Kehlet H, Rung GW, Callesen T. Post operative opioid analgesia: Time for a reconsideration. *J Clin Anesth* 1996;8:441-5.
9. Liu SS, Carpenter RL, Mackey DC, et al. Effects of perioperative analgesic technique on rate of recovery after colon surgery. *Anesthesiology* 1995;83:757-65.
10. Møiniche S, Büllow S, Hesselfeld P, et al. Convalescence and hospital stay after colonic surgery with balanced analgesia, early oral feeding, and enforced mobilisation. *Eur J Surg Onc* 1995;161:283-8.
11. Steinbrook RA. Epidural anesthesia and gastrointestinal motility. *Anesth Analg* 1998;86:837-44.
12. Wattwil M. Postoperative pain relief and gastrointestinal motility. *Acta Chir Scand* 1989;550(Suppl):140-5.
13. Callsen T, Schouenburg L, Nielsen D, et al. Combined epidural-spinal opioid free anaesthesia and analgesia for hysterectomy: Effect on postoperative nausea, vomiting, pain and bowel function. *Br J Anaesth* 1999;82(6):881-5.
14. Ogilvy AJ, Smith G. The gastrointestinal tract vafter anaesthesia. *Eur J Anaesthesiol* 1995;12(Suppl 10):35.
15. Steinbrook RA. Epidural anesthesia and gastrointestinal motility. *Anesth Analg* 1998;86:837.
16. Watcha MF, White TF. Postoperative nausea and vomiting: Its etiology, treatment and prevention. *Anesthesiology* 1992;77:162.
17. Harper CFM, Lyles UM. Physiology and complications after bed-rest. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:1047.
18. White PF. Use of patient-controlled analgesia for management of acute pain. *JAMA* 1998;259:243-7.
19. De León-Casasola OA, Parker B, Shwartz C, et al. Post operative epidural analgesia decreases length of hospitalisation and ICU-stays in high risk surgical patients. *Anesthesiology* 1992;77:A899.
20. Rosenberg J, Rosenberg-Adamsen S, Kehlet H. Postoperative sleep disturbance: Causes, factors, and effects on outcome. *Eur J Anaesthesiol* 1995;12(Suppl):28-30.
21. Rosenberg-Adamsen S, Kehlet H, Dodds C, et al. Postoperative sleep disturbances: Mechanisms and clinical implications [review]. *Br J Anaesth* 1996;76:552-9.
22. Etches RC. Respiratory depression associated with patient-controlled analgesia: A review of eight cases. *Can J Anesth* 1994;41:125.
23. Respiratory depression: An adverse outcome during patient-controlled analgesia therapy. *J Clin Anesth* 1996;151.

Dor no traumatizado

Bruno de Medeiros Brum

Resumo

Após uma introdução sobre definição de dor e trauma, foram apresentados alguns dados epidemiológicos referentes a esta temática (OMS 1999) e a acidentes ocorridos no Concelho de Ponta Delgada, São Miguel, Açores, de Janeiro de 2001 a Maio de 2002. Procurou-se efectuar uma abordagem simples, mas concisa e prática, sobre a dor no traumatizado.

Seguiu-se a filosofia ATLS (*advanced trauma life support*), onde a abordagem da dor no traumatizado deverá ser realizada de uma forma integrada e onde aspectos, tais como: segurança, comunicação, trabalho em equipa multidisciplinar e uma postura profissional, nunca deverão ser esquecidos.

Salientou-se a importância de uma avaliação e transporte rápido para um centro de cuidados médicos mais diferenciados em trauma, mantendo qualidade na prestação de cuidados ao longo de todo o percurso, com monitorização, reavaliação e registos contínuos de todos os cuidados prestados.

Foi focada a importância e os benefícios decorrentes do uso de técnicas não invasivas, como seja o apoio psicológico, a relação de ajuda, entre outras, bem como o uso da técnica invasiva endovenosa para a administração de analgésicos e fluidos.

Como conclusão, relembrou-se a necessidade de um trabalho multidisciplinar mais intensivo ao nível da prevenção, comunicação, formação (comunidade e profissionais), articulação entre as diversas estruturas e serviços e uma uniformização de registos adequados.

Palavras-chave: Dor aguda. Traumatizado. Filosofia ATLS.

Summary

After an introduction about the definition of pain and trauma, some epidemiological informations connected to this subject have been presented (OMS 1999 and accidents occurred in Ponta Delgada, S. Miguel, Azores, from January 2001 to May 2002). The aim was to accomplish a simple but concise and practical approach about pain in traumatized people.

It was been followed by the ATLS (*advanced trauma life support*) philosophy, where the approach of pain in traumatized people should be done in an integrated way and where features such as security, communication, multidisciplinary team work and professional attitude should never be forgotten.

The importance of an evaluation and quick transportation to a medical trauma care centre has been stressed. The transportation should have a quality of care, along all the way, with monitorization, evaluation and uninterrupted records of all the given cares.

It has also been stressed the importance and benefits of the use of non-aggressive techniques, such as psychological support, relation of help, among other techniques, as well as the use of invasive endovenous technique in order to administer analgesics and fluids.

As a conclusion, it has been reminded the need of a more intensive multidisciplinary work concerning prevention, communication, training (community and professionals), link between the different structures and services and an uniformization of appropriate records.

Key words: Acute pain. Traumatized patient. Advanced Trauma Life Support Philosophy.

Introdução

A dor nunca foi definida ou compreendida de uma forma satisfatória. É uma sensação desagradável, inteiramente subjectiva, que só a pessoa que a experimenta a pode descrever. A dor é uma experiência aprendida que é influenciada por toda a situação de vida de cada pessoa. Aquilo que é percebido como dor e reacção a esta dor difere entre as pessoas e, por vezes, difere na mesma pessoa, em alturas diferentes (Karb VB. Em: Phipps, et al., 1995).

A dor é uma sensação que experimentamos quando sofremos algum traumatismo ou quando sofremos alguma doença orgânica. É uma experiência desagradável, que geralmente associamos a uma lesão tecidual. Na actualidade, um elevado número de provas sugerem que a dor é transmitida por uma série específica de fibras nervosas aferentes, não sendo, somente, consequência de estimulação massiva de fibras aferentes, em geral. Diferente da maior parte das outras modalidades sensoriais, a dor é acompanhada, quase invariavelmente, de uma reacção emocional de algum tipo, como seja o medo ou a ansiedade. Se for intensa, a dor desencadeia respostas autónomas, entre as quais, inflamação, aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial (Pocock G, Richards CD, 2002).

O traumatismo é um dano físico resultante de alterações de energia mecânica, química, térmica ou outro tipo de energia ambiental que excede a tolerância do corpo, podendo ser de dois tipos: traumatismo de impacto (*blunt trauma*) e traumatismo penetrante (*penetrating trauma*) (Grande CM, Smith CE, 1999).

Os cuidados com os traumatizados que sofrem de dor exigem aptidão, tanto da ciência, como na arte de enfermagem. É da responsabilidade do enfermeiro tornar o traumatizado tão confortável quanto possível, observar, registar e relatar as constatações, para que possa ajudar o médico a fazer um diagnóstico correcto e a prescrever o tratamento apropriado (Karb VB. Em: Phipps, et al., 1995).

Em Portugal, e nos restantes países industrializados, o trauma é a principal causa de morte, até aos 35 anos, o que é, sem dúvida, um cenário típico dos estados de guerra.

De acordo com dados epidemiológicos da OMS, 1999, o trauma surge, a nível mundial, como a 3ª causa de morte a seguir às doenças cardiovasculares e doenças neoplásicas malignas e, em determinados países, entre a 3ª e 5ª causa de morte, conjuntamente com as doenças cerebrovasculares e respiratórias (Grande C, Smith CE, 1999).

Segue-se uma listagem dos acidentes ocorridos em 2001/2002 na zona operacional nº 2, dos bombeiros voluntários de Ponta Delgada, São Miguel, Açores.

Os resultados da listagem dos doze meses do ano de 2001, como se pode observar no gráfico 1, demonstram uma ligeira subida nos meses de verão, com um pico

máximo no mês de Agosto, no qual se realizaram 99 saídas (Média de 3 saídas por dia).

Nos cinco primeiros meses de 2002, houve um aumento significativo, com um pico máximo no mês de Março, como se pode verificar no gráfico 2, com 163 saídas (média de 5 saídas por dia), números estes que, de acordo com a Agência Lusa e fonte policial, coincidem com um grande número de mortes causadas por acidente de viação, nos Açores, num total de 11, sendo números assustadores para a nossa pequena dimensão.

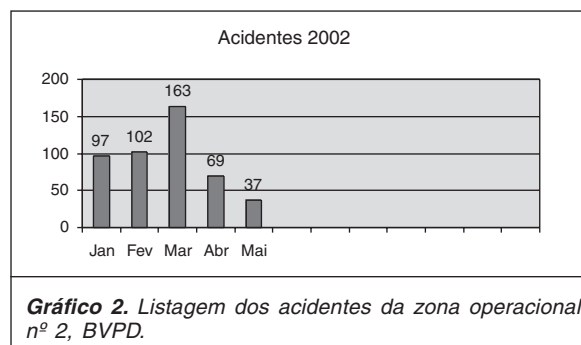
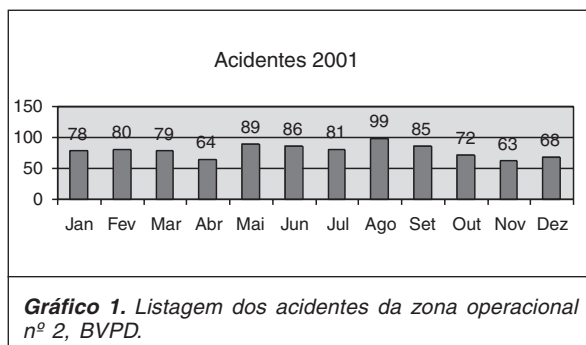
Na realização deste trabalho procurou-se efectuar uma abordagem simples mas concisa e prática sobre a dor no traumatizado, seguindo-se sempre uma filosofia ATLS (*advanced trauma life support*), onde a abordagem da dor no traumatizado deverá ser realizada de uma forma integrada e onde aspectos tais como segurança, comunicação, trabalho em equipa multidisciplinar e uma postura profissional, nunca deverão ser esquecidos.

A avaliação, no local, deverá ter como objectivos principais o estabelecimento de prioridades, mercê de uma avaliação qualificada e intervenções adequadas, o que irá, certamente, contribuir, significativamente, para uma redução da mortalidade e da morbilidade (Sheehy's, 2001).

Das primeiras medidas a serem tomadas, por quem chegar ao local onde ocorreu o traumatismo, é, sem dúvida, a segurança. A segurança no local, simplesmente, significa fazer tudo o que é possível para a segurança do ambiente que nos envolve a nós, e a toda a equipa que vai prestar cuidados, além de proteger o próprio traumatizado e qualquer pessoa que se encontre por perto (Bledsoe BE, Porter RS, Cherry RA, 2001).

A rede de comunicações é o cerne dos sistemas regionais de emergência. Coordenar os seus componentes, de forma a ser dada uma resposta organizada às situações médicas de urgência, requer um plano de comunicações flexível e compreensível. Tal plano deverá incluir:

- O acesso do público em geral, com um número de emergência bem publicitado, tal como o nº 112 (número nacional e europeu de emergência), providencia um acesso directo aos serviços de emergência.
- Um único centro de controlo que comunique, directamente, e com todos os veículos de emergência, numa área geográfica ampla, é considerada a melhor opção.
- Boas capacidades de comunicação operacional, as quais deverão possibilitar a intercomunicação entre as diversas estruturas (centrais de bombeiros / hospitais / centros de saúde), bem como comunicação entre os diferentes hospitais e centros de saúde.
- Boa capacidade de comunicação médica: comunicação por hardware (rádios, consolas, telefones celulares, entre outros equipamentos de telecomunicações).



Um bom sistema de emergência deverá possuir uma efectiva e eficiente rede de comunicações. Uma vez que não existem esquemas simples que se encaixem às necessidades de todas as comunidades, cada sistema deverá desenhar uma rede que seja simples, flexível e prática (Bledsoe BE, Porter RS, Cherry RA, 2001).

São muito importantes o registo e as comunicações feitas pelo pessoal de emergência, no local, uma vez que estas descrições vão dar detalhes do ambiente onde ocorreu o traumatismo. Isto é crucial para o tratamento futuro do traumatizado a ser realizado no intrahospitalar. As formas como ocorreram os traumatismos são sugeridas uma vez que são conhecidos os mecanismos no qual estes ocorreram – Cinemática (Landon BA, Driscoll PA, Goodall JD, 1994).

Quando o local onde ocorreu o acidente está seguro e o pedido de auxílio já foi desencadeado, deverá ser realizado um exame rápido (avaliação primária), o qual não deverá demorar mais do que um minuto e onde deverá ser captada uma impressão geral sobre a aparência do traumatizado, se este está alerta, se nos responde verbalmente ou se é necessário recorrermos a estímulos dolorosos, ou se este não nos responde de forma nenhuma. Finalmente, avalia-se se a via aérea do traumatizado se encontra permeável (*airway*), se respira (*breathing*), e se tem circulação (*circulation*). Se se verifica alguma alteração que ponha a vida em risco, deve-se actuar, imediatamente, com manobras de suporte básico de vida.

Como parte da avaliação primária, deverá ser tomada a decisão de um transporte rápido para um centro hospitalar, ou se o exame que se segue não irá atrasar qualquer cuidado definitivo hospitalar (Bledsoe BE, Porter RS, Cherry RA, 2001).

Após esta avaliação primária, segue-se a avaliação secundária ou sistematizada, onde é realizado um exame físico detalhado ao traumatizado, recolha de dados da história clínica do mesmo (dados que podem ser cedidos pelos familiares), e onde é feita uma pesquisa da cabeça até aos pés de toda e qualquer alteração observada (Bledsoe BE, Porter RS, Cherry RA, 2001).

Após esta avaliação secundária, a qual não deverá atrasar cuidados hospitalares definitivos, o traumatizado deverá ser transportado para um centro hospitalar. Durante este transporte, salienta-se a importância de uma avaliação mantendo, no entanto, a qualidade de prestação de cuidados, ao longo de todo o percurso, sendo realizada uma monitorização, avaliação e registos contínuos de todos os cuidados prestados (Bledsoe BE, Porter RS, Cherry RA, 2001). É de salientar que o exame secundário também poderá ser continuado durante o próprio transporte.

Uma vez que as lesões traumáticas são, na maior parte das vezes, mais dolorosas, para além do uso de técnicas invasivas, deverão ser utilizadas técnicas não invasivas no tratamento da dor, sendo o apoio psicológico, a relação de ajuda/empatia, a escuta activa, a promoção de conforto e segurança, o toque terapêutico / gesto carinhoso, os cuidados minuciosos, em toda e qualquer mobilização, contenção/imobilização e posicionamentos, sem dúvida, cuidados essenciais a serem prestados às vítimas de trauma (Flor de Lima, 2001).

Outra técnica não invasiva, mas de grande valor terapêutico, é a aplicação do frio. O gelo é usado para aumentar a viscosidade do sangue nas zonas afectadas, causando a obstrução dos vasos, o que vai fazer baixar o fluxo de sangue, prevenindo a inflamação por redução da acumulação de líquidos nos tecidos do corpo, tornando o metabolismo mais lento, controlando possíveis hemorragias, baixando o número de bactérias e diminuindo a sensibilidade dos nervos ou veias periféricas, efeitos esses que,

na realidade, reduzem a dor nos tecidos periféricos do traumatizado.

Abordou-se a importância do uso de técnica invasiva, como a canalização de 2 acessos venosos com catéteres não inferiores a 18 G, onde poderão ser perfundidos fluidos e fármacos analgésicos, o que levará a uma melhor estabilidade cardiovascular e orgânica da vítima de trauma.

Finalmente, focou-se a necessidade de estar presente um médico com experiência na área de emergências médicas, pois qualquer administração terapêutica necessária, no nosso país, de uma ordem verbal.

Como conclusão, salientou-se a importância de uma abordagem da dor, no traumatizado, de forma multidisciplinar onde terá de ser feito um grande trabalho ao nível da prevenção, das comunicações, do melhoramento dos equipamentos, da formação (a qual deverá ser quase contínua), numa boa articulação e hierarquização das estruturas e dos diferentes serviços. Além disso, o desenvolvimento de sistemas de registos do tipo Utstein para o trauma, os quais permitem um estilo uniforme de registos, levando a uma melhor comparação entre os diferentes sistemas de emergências dos vários países da União Europeia e, subsequentemente, a uma melhor compreensão desta problemática.

Agradecimentos

Quero expressar o meu agradecimento a todos quantos colaboraram neste trabalho, e sem os quais não teria sido possível levá-lo a bom termo.

À Dr^a M^a Teresa Flor de Lima, por todo o apoio prestado. Quero também agradecer-lhe toda a disponibilidade e amizade dispensada ao propôr este trabalho, assim como ao longo de toda a sua realização.

À Dr^a Ana Sousa, pela sua permanente disponibilidade, ao longo de todo o trabalho e pelas suas valiosas sugestões.

A caça às gralhas e revisão final do resumo escrito contou com a diligente colaboração da Dr^a Irene Pereira.

À Dr^a Celeste Freitas e Sras. Maria Amaral e Helena Medeiros, pela sempre prestável ajuda, aquando da pesquisa bibliográfica, na biblioteca do Hospital do Divino Espírito Santo.

À prima Maria Luisa Castro pela importante elaboração do *abstract*.

Ao Comandante Amaral, pela pronta disponibilidade e cedência da listagem dos acidentes ocorridos na zona operacional nº 2, dos BVPD.

Quero agradecer, ainda, às seguintes instituições:

- Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada.
- Hospital do Divino Espírito Santo.
- Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Ponta Delgada.

Bibliografia

- Bledsoe BE, Porter RS, Cherry RA. Paramedic Care: Principles & Practice - Patient Assessment 2001:520 ISBN 0-13-021599-6.
- Flor de Lima MT. Apontamentos das aulas sobre Dor. Curso de Complemento em Enfermagem. 2001. Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada.
- Grande C, Smith CE. Anesthesiology Clinics of North America: Trauma. Philadelphia: WB Saunders Company 1999:333 ISBN 0889-8537.
- Landon BA, Driscoll PA, Goodall JD. A atlas of Trauma Management: the first hour. Londres: Parthenon Publishing Group Ltd 1994:151 ISBN 1-85070-411-2.
- Phipps WJ, Long BC, Woods NF, Cassmeyer LC. Enfermagem em Médico Cirúrgica. Lisboa: Lusodidacta 1995:1394 ISBN 972-96610-0-6.
- Pocock G, Richards CD. Fisiología Humana: la base de la medicina. 6^a ed. Barcelona: Masson 2002:636 ISBN 84-458-1098-1.
- Sheehy's S. Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática. 4^a ed. Loures: Lusociências 2001:877 ISBN 972-8383-16-9.

Analgesia no traumatizado

Ana M.C.T. Sousa¹, M^a Teresa Flor de Lima²

Resumo

A dor do traumatizado, se não tratada, provoca efeitos deletérios que aumentam a morbidade, o internamento hospitalar e os custos, pelo que a analgesia deve ser incluída na abordagem multidisciplinar do traumatizado. A abordagem analgésica do traumatizado, quer na fase aguda, quer das síndromes dolorosas crónicas, é multimodal, utilizando terapêuticas cirúrgica e farmacológica, bloqueios simpáticos, fisioterapia e terapia do stress. A analgesia adequada, na fase aguda do traumatizado, melhora a reabilitação e reduz a incidência de síndromes dolorosas crónicas. A atitude de diagnosticar e tratar, precocemente, estas síndromes, diminui as sequelas para o doente e para a sociedade.

Palavras-chave: Dor aguda. Analgesia. Traumatizado, síndrome dolorosa crónica. Dor do membro fantasma.

Summary

The multidisciplinary approach of trauma victims must include pain management, because the detrimental effects of pain, in these patients, results in high morbidity, prolonged hospitalization and higher costs. Adequate management in the acute setting, aids earlier rehabilitation and may reduce the incidence of long-term chronic pain syndromes. Multidisciplinary approach of the management of acute trauma pain and chronic posttraumatic pain, with pharmacologic agents, sympathetic blocks, physiotherapy, stress therapy and surgical interventions, seems the best to offer the trauma victims. The goal of treatment of chronic pain syndromes is essentially to recognize the symptoms and treat them early on to avoid long-term sequels for patients and for society.

Key words: Acute pain. Analgesia. Trauma victims. Chronic pain syndromes. Phantom pain.

Introdução

O tratamento eficaz das vítimas de trauma necessita de uma abordagem multidisciplinar que inclua a analgesia porque os efeitos da dor e a resposta de stress, com ela relacionada, são prejudiciais. Estes efeitos, resultantes de alterações metabólicas e neuroendócrinas, provocam: hiperglicemia, lipólise, catabolismo proteico, aumento de catecolaminas e da hormona antidiurética, imunossupressão e hipercoagulação que se manifestam clinicamente por: hipertensão arterial, taquicardia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, imobilidade, alterações da relação ventilação/perfusão, diminuição da motilidade gastrointestinal, retenção de água e electrólitos, hipoxia e infecções. Todos estes efeitos da dor resultam num aumento da morbidade, hospitalização prolongada e aumento dos custos.

O tratamento adequado da dor, numa fase aguda do traumatizado, melhora a reabilitação precoce e pode reduzir a incidência de síndromes dolorosas crónicas prolongadas.

Os especialistas do tratamento da dor necessitam de abordar globalmente o traumatizado porque este apresenta, frequentemente, lesões em múltiplas áreas do corpo. A comunicação com os cirurgiões também é importante porque a analgesia interfere com a monitorização cerebral necessária, particularmente, nos traumatismos cranioencefálicos e as técnicas analgésicas regionais diminuem a capacidade de avaliação das funções motora e sensorial, nas lesões neurológicas periféricas.

Analgesia pré-hospitalar

A dor é frequente no doente consciente que sofreu trauma *major*, pelo que se torna importante abordar a dor, no local do acidente. A dor só deve ser abordada depois de se ter verificado as condições de segurança e diagnosticado e estabilizado lesões que ponham em risco a vida da vítima.

A falta de treino e o medo das complicações explicam o tratamento inadequado da dor em meio extrahospitalar. A analgesia pré-hospitalar tem benefícios: alívio da dor e da

¹Assistente Hospitalar de Anestesiologia

²Chefe de Serviço de Anestesiologia, Coordenadora do Grupo de Dor

Serviço de Anestesiologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Director do Serviço de Anestesiologia – Dr. Pedro Carreiro

ansiedade, melhor colaboração do traumatizado, menor estimulação das catecolaminas (melhor perfusão tecidual), menor contractura muscular (fracturas). No entanto, também, tem riscos: mascara sintomas, sedação excessiva e depressão respiratória, instabilidade hemodinâmica e menor protecção muscular de fracturas do pescoço.

Em meio extrahospitalar, a analgesia do traumatizado limita-se a: protóxido de azoto inalado, opióides (morfina e fentanil), doses subanestésicas de ketamina (0,1-0,25 mg/ml) ou bloqueio do nervo femoral com lidocaína para as fracturas do fémur. Em relação aos opióides, a técnica da titulação é segura e eficaz. Nos adultos, inicia-se a morfina endovenosa na dose de 5 a 10 mg (0,1-1,15 mg/kg), espera-se 5 min para atingir o efeito máximo, e titula-se com pequenas doses de bólus. O fentanil é usado em doses equianalgésicas (1-1,5 µg/kg). A metoclopramida é utilizada, por rotina, como antiemético profilático.

A petidina tem efeito mais sedativo que analgésico do que a morfina e deve ser evitada nos doentes idosos porque aumenta, para o dobro, a incidência de delírio após terapêutica com petidina.

Traumatismo torácico

Nos traumatizados torácicos, a dor pode resultar de lesões penetrantes (feridas por armas brancas e de fogo) e fechadas (*volet* costal, fracturas costais múltiplas, contusão pulmonar, pneumotorax ou rotura de grandes vasos ou de víscera). A principal finalidade de uma analgesia adequada é melhorar a mecânica ventilatória, permitindo ao doente respirar profundamente e tossir eficazmente, de modo a mobilizar e limpar as secreções respiratórias. A analgesia eficaz da região torácica, não só previne as atelectasias e as infecções respiratórias, mas, mais importante, previne episódios de hipoxia que requerem ventilação mecânica e reduz, assim, a necessidade de prótese ventilatória.

As técnicas de analgesia no traumatizado torácico incluem: via intramuscular, perfusão endovenosa, PCA (analgesia controlada pelo doente), bloqueio dos nervos intercostais, catéteres intrapleurais e epidural para administração de opióides e anestésicos locais.

A **via intramuscular**, para administração de opióides, tem uma absorção errática, em particular nos doentes idosos. Para além de provocar uma analgesia inadequada, tem mais efeitos secundários, devido a resultar em períodos de níveis plasmáticos subterapêuticos alternados com períodos de sobredosagem.

A **perfusão endovenosa** é mais vantajosa que a via intramuscular mas, no entanto, não é a técnica analgésica mais adequada porque existe variabilidade temporal nas necessidades analgésicas dos traumatizados. É, ainda, responsável pelo aparecimento de episódios de hipoxia, quando são utilizados opióides em perfusão endovenosa.

A **patient-controlled analgesia endovenosa** (IVPCA) é a técnica analgésica em que os opióides (morfina e fentanil) são administrados pelo próprio doente, durante os períodos de alerta. Esta técnica é segura porque diminui os ciclos de dor e de sedação das técnicas anteriores. Contudo, estas técnicas não têm efeito sobre a resposta de stress ou sobre a morbidade do traumatizado, enquanto que a via epidural, quando possível, parece mais benéfica.

Desde há muitos anos que o **bloqueio dos nervos intercostais** tem sido usado no tratamento da dor relacionada com fracturas de costelas. Esta técnica permite, em relação aos métodos anteriores, melhores fluxos inspiratóri-

os, melhor analgesia e aumento da capacidade para tossir e inspirar profundamente. Contudo, este tipo de bloqueio tem as suas limitações como sejam: alívio temporário da dor, de 6 a 12 h, risco de pneumotorax e dificuldade técnica execução, por limitação posicional do traumatizado. O bloqueio intercostal contínuo, através de cateter, elimina o problema da analgesia temporária, melhora a qualidade analgésica e diminui a dose de morfina suplementar.

O **cateter intrapleurais**, utilizado para controlo da dor torácica, é colocado na área envolvente ao ponto médio da fractura de costelas e tem a vantagem de permitir a administração de perfusão contínua ou bólus intermitentes para prolongar a analgesia. No entanto, tem os seus inconvenientes, tais como: concentrações plasmáticas de anestésicos locais elevadas, devido à grande vascularização das pleuras e conseqüente reabsorção, risco de drenagem ou aspiração dos analgésicos pelos tubos das toracotomias, execução dependente do posicionamento do traumatizado, sendo a migração do cateter intrapleurais responsável pelos casos de analgesia inadequada. Para evitar a perda dos analgésicos pelos tubos de toracotomia, aconselha-se a colocação dos catéteres intrapleurais distantes dos tubos de toracotomias e clampagem destes tubos durante 15 a 30 min após a administração dos analgésicos.

A **analgesia epidural**, utilizada para controlo da dor torácica no traumatizado, tem grandes benefícios, tais como: aumento da capacidade residual funcional, diminuição da resistência da via aérea, excelente qualidade analgésica que permite a respiração profunda e tosse eficaz, prevenindo atelectasias, diminuição da necessidade de ventilação mecânica e conseqüente diminuição do internamento em cuidados intensivos, baixa da incidência de depressão respiratória, porque utiliza menores doses de opióides, deambulação e altas precoces com diminuição do internamento hospitalar, diminuição das infecções respiratórias e da mortalidade. A analgesia epidural também tem as suas desvantagens: necessidade de tempo de execução, o que por vezes é difícil nos traumatizados instáveis que vão ser submetidos a cirurgias de emergência, dependência do posicionamento, o que, por vezes, é difícil nos traumatizados com múltiplas lesões, contra-indicação nas situações de septicemia, perturbações mentais, lesões da coluna e coagulopatias, doentes hemodinamicamente instáveis (pelos anestésicos locais) ou que necessitam de avaliação neurológica.

Traumatismo dos membros

Os traumatizados com lesões das extremidades, em particular os que requerem reanastomoses vasculares, beneficiam, significativamente, com o controlo precoce da dor porque a hiperreactividade simpática ocorre reflexamente nos traumatizados com roturas vasculares, amputações e lesões periféricas por esmagamento.

As técnicas que diminuem a actividade simpática, como a anestesia regional e os bloqueios simpáticos, não só controlam a dor, mas também aumentam o fluxo sanguíneo, melhorando o prognóstico cirúrgico, reduzem a necessidade de opióides sistémicos e facilitam a fisioterapia. O bloqueio do plexo braquial é usado para as lesões e revascularizações do membro superior. O bloqueio de 3 em 1 (bloqueio dos nervos femoral, obturador e femurocutâneo) é usado nas fracturas do colo do fémur.

Nos membros inferiores, a resposta ao stress é menos marcada do que nos traumatismos torácicos e abdominais, pelo que a IVPCA com morfina produz analgesia eficaz.

Traumatismo cranioencefálico

Os traumatizados do crânio necessitam de monitorização neurológica contínua. Na fase aguda, torna-se difícil balancear uma analgesia adequada aos múltiplos traumatismos que estes doentes têm e os seus efeitos secundários que interferem com a abordagem neurológica, sobretudo se é necessária a ventilação mecânica. Nestes casos, os sedativos de curta duração como o propofol e/ou os antiinflamatórios não esteróides são aparentemente suficientes.

Síndromes dolorosas crónicas pós-traumáticas

Num traumatizado agudo, as lesões dos tecidos moles que ocorrem com qualquer tipo de trauma, a gravidade da lesão, a terapêutica e as características do doente, determinam o desenvolvimento de síndromes dolorosas regionais crónicas, síndromes dolorosas musculofasciais, fibromialgia, dor lombar crónica, dor do membro fantasma ou cefaleias pós-traumáticas.

Nos traumatizados torácicos com fracturas de costelas, drenagens torácicas ou submetidos a retractores cirúrgicos, verifica-se, a longo prazo, o aparecimento de dor neuropática, resultante do esmagamento ou laceração directa das terminações nervosas. São situações de difícil tratamento, necessitando de analgesia prolongada, com opióides.

As **cefaleias pós-traumáticas** são outra causa de problemas crónicos nos traumatizados do crânio e pescoço e são de difícil terapêutica. Estas cefaleias são atribuídas a contractura muscular, cicatriz, esmagamento dos nervos sensoriais ao nível da lesão ou a vasodilatação.

Dor do membro fantasma

Este tipo de dor é caracterizado, inicialmente, por dor intensa, localizada, tipo disparo ou choque eléctrico. A dor é referida na parte distal do membro, tornando-se, progressivamente, proximal e com a sensação de queimadura. A incidência da dor do membro fantasma diminui ao longo do tempo; inicialmente, pode atingir 100% no período imediato pós-amputação e baixar para 5 a 10%, ao fim de anos. No entanto, o seu aparecimento pode não ocorrer imediatamente após a amputação, mas semanas ou meses após o trauma.

A fisiopatologia da dor do membro fantasma não está bem esclarecida, pelo que a terapêutica multimodal é mais eficaz do que a terapêutica única. No entanto, existem outros factores corrigíveis que contribuem para a dor, tais como: dor do coto, próteses de encaixe, deficiente tecido de almofada do coto, isquemia e infecção localizada do coto, cujo diagnóstico diferencial deve ser feito. Por outro lado, a ansiedade e a depressão não são causadoras da dor, mas exacerbam a dor do membro fantasma.

Na terapêutica da dor do membro fantasma, a fisioterapia e a terapia do stress são tão importantes como a cirurgia e farmacoterapia. A farmacoterapia deste tipo de dor inclui: anti-inflamatórios não esteróides, antiepilépticos, antidepressivos e opióides.

A estimulação eléctrica transcutânea (TENS) e os bloqueios simpáticos também são eficazes. A rizotomia das

raízes dorsais e a estimulação da coluna dorsal podem aliviar a dor, a curto prazo. A melhor técnica analgésica deste tipo de dor é a abordagem multidisciplinar.

Síndromes dolorosas regionais complexas

As síndromes dolorosas regionais complexas (CRPS) são um grupo de patologias caracterizado por dor, seguida de alívio da dor após os bloqueios simpáticos. Qualquer trauma, com fracturas, esmagamento, injeções, lesões *minor* ou incisões cirúrgicas, pode desenvolver CRPS.

Clinicamente, o CRPS manifesta-se por alodínia, queimadura e hiperestesia, de aparecimento, geralmente, dias após o trauma mas que poderá ser semanas, mais tarde. A dor é distal, à volta da lesão, difusa, exacerbada por tacto, movimento de ar, frio, stress emocional ou posicionamento do membro. A dor torna-se, progressivamente, proximal, envolvendo o membro todo. Outras alterações podem associar-se, tais como edema, pele fina, hirsutismo, unhas duras e brilhantes, fraqueza muscular, tremores e alterações do tónus, diminuição dos movimentos e desmineralização óssea.

A terapêutica dos CRPS baseia-se, sobretudo, na fisioterapia e nos bloqueios simpáticos, de modo a obter analgesia adequada para a fisioterapia. No entanto, para uma simpatectomia mais prolongada, está indicada a neurtólise química ou cirúrgica.

Conclusão

A dor pós-traumática, quer aguda quer crónica, quando não tratada, é responsável pelo aparecimento ou agravamento de patologia já existente, interferindo com a evolução e o prognóstico do traumatizado.

O objectivo da terapêutica da dor pós-traumática é, essencialmente, reconhecer os sintomas e tratar o mais precocemente possível, para evitar sequelas a longo prazo, e que acarretam encargos para o doente e para a sociedade. Para o doente, são causadoras de dor, desconforto, perturbações emocionais e prejuízos financeiros e, para a sociedade, são causadoras de aumento da utilização dos recursos de saúde e dos serviços sociais.

Agradecimentos

A todos os elementos do Grupo de Dor do Hospital do Divino Espírito Santo, em especial à sua coordenadora, Dr^a M^a Teresa Flor de Lima.

Aos restantes elementos do Serviço de Anestesiologia do Hospital do Divino Espírito Santo, em particular ao seu director, Dr. Pedro Carreiro.

Bibliografia

- Silverstein JH. Perioperative anesthetic management of geriatric trauma. *Anesthesiology Clinics of North America* 1999;17:263-75.
- Patel N, Smith CE. Pain management in trauma. *Anesthesiology Clinics of North America* 1999;17:295-309.
- Edwards WT. Posttrauma pain. *Bonicas's Management of pain* 2001; 43:788-93.
- Soreide E, Deakin C, Baker D. Prehospital trauma management for the anesthesiologist. *Anesthesiology Clinics of North America* 1999; 17:33-44.

Instalação de uma Unidade de Dor Crónica

M^ª Teresa Flor de Lima

Resumo

O objectivo deste trabalho foi fazer-se uma análise de algumas dificuldades por que passámos, até chegar à fase de instalação de uma Unidade de Dor Crónica. Ao mesmo tempo, avaliámos a nossa actividade ao longo deste percurso: na fase de sensibilização, através do estudo do ensino de Dor na Região Autónoma dos Açores e, na fase de instalação, revemos o novo esquema de trabalho da equipa multidisciplinar e a casuística actual de dois dias de consulta semanais, através da apreciação de cerca de centena e meia de processos individuais do arquivo próprio, referentes aos doentes admitidos no último ano e meio. Com vista a uma melhor resposta, definimos a nossa Unidade pelo tipo de doentes, 72% com dor não oncológica e 28% com dor oncológica.

Palabras-chave: Unidade de Dor. Dor crónica.

Summary

The goal of this work was to evaluate some problems in installing a Pain Clinic, since the definition of the project. At the first stage, we studied the teaching of pain in our region, through the number of hours of courses and the number of students. After being organized the multidisciplinary team, we studied the best way to attend patients, providing place, equipment and time to the consultations. And, in the stage we are, we identified the type of pain: 72% with benign pain and 28% with cancer related pain.

Key words: Pain Clinic. Chronic pain.

Introdução

A previsão, no Plano Nacional de Luta contra a Dor, de um objectivo muito concreto, o da criação de cerca de cinquenta novas Unidades de Dor Crónica, nos próximos cinco anos, leva-nos a reflectir sobre essa meta. Tendo incidido este nosso trabalho sobre a análise das dificuldades de implementação do nosso projecto, desde 1997, e que só agora começou a ter concretização, do qual constaram várias fases, com particularidades que são, talvez, essenciais para o êxito de qualquer programa.

Foi ao fazermos a avaliação do nosso trabalho, em cerca de ano e meio, na procura de melhores condições de atendimento dos doentes com dor crónica que equacionámos diferentes fases desde a programação, passando pela sensibilização, até à fase de instalação.

Apontamos, apenas, alguns temas de reflexão, que nos parecem mais relevantes.

Assim, na fase de programação, identificámos os seguintes temas:

- A criação de um modelo não foi fácil, quando as unidades, em Portugal, foram nascendo, de forma diversa, por motivações de profissionais isolados.
- A elaboração de um projecto parece sempre pequeno a quem está motivado e enorme, e, até, apelidado de “megalómano”, por quem tem horizontes mais limitados sobre determinada matéria.
- O sucesso pode passar pela concreta definição dos objectivos, ao mesmo tempo que deve ser disponibilizada uma forte capacidade de persuasão, na apresentação e discussão do projecto.

Deste modo, seguiu-se a segunda fase, a de sensibilização, em que foi necessário convencer os responsáveis, outros profissionais, divulgar a “Cultura de um Hospital sem Dor” e criar um “Grupo de profissionais motivados”. Verificámos que não há um método indicado, já que fomos desenvolvendo uma série de acções, em cadeia, desde reuniões, conferências, encontros, convites a colegas, estágios de observação, até às simples conversas informais.

No nosso caso, um grande catalizador foi uma das orientações da IASP, em 1994, em que era “considerado aceitável, quando não existia outra hipótese, começar por

Chefe de Serviço de Anestesiologia, Coordenadora do Grupo de Dor do Serviço de Anestesiologia, Coordenadora da instalação da Unidade de Dor Crónica do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada
Director do Serviço de Anestesiologia – Dr. Pedro Carreiro

um só profissional que outros viriam a juntar-se, até à constituição da equipa multidisciplinar mínima”.

E chegámos à fase de instalação que, em cada local, será diferente, conforme os recursos e as motivações. Nesta fase, além da gestão do grupo de profissionais, foi necessário dar resposta às necessidades dos doentes, construindo, simultaneamente, um conjunto de acções, no que diz respeito a formação, motivação, espaço, tempo disponível, fluxo de doentes, comunicação interna, no grupo, e externa, fora do grupo e do hospital.

Ao fazermos a avaliação periódica do trabalho desenvolvido, verificámos que, sempre que envolvemos a apreciação de todos os colaboradores, temos vindo a melhorar, substancialmente, o nosso esquema de trabalho.

Estamos a funcionar, actualmente, com 2 dias de consulta semanal e resposta diária, por chamada, em instalações próprias, com arquivo, sala de espera, uma sala de tratamentos e uma sala de consultas partilhada, internamento facilitado nos serviços da respectiva especialidade, uma biblioteca própria e uma equipa multidisciplinar, constituída por: 2 anestesiológicos (2 suplentes), 1 psicólogo (e apoio fácil de psiquiatra), 1 farmacêutica, 1 técnico de serviço social, 1 neurocirurgião, 1 enfermeira (1 suplente), 1 secretária e um auxiliar de acção médica.

Temos apoio de outras especialidades, como cirurgia maxilofacial, cirurgia vascular, otorrinolaringologia, imagiologia (urgência) e aguardamos a definição de protocolos com cirurgia geral, medicina interna ou oncologia, fisioterapia, Reumatologia.

Efectuamos: consultas (primeiras, segundas, pós-internamento, de grupo), atendimento urgente, visita a doentes internados, tratamentos médicos e de enfermagem (a especificar), atendimento telefónico (permanente e directo) e uma alínea outros (a definir).

Na avaliação efectuada, devido a estar, ainda, a ser programada a informatização da consulta, focamos o ensino a outros profissionais e a casuística dos doentes atendidos.

Material e método

Além da formação interna dos elementos do grupo, através de estágios, cursos, congressos, o ensino institucionalizado parece constituir uma base firme para a divulgação e solidificação de conhecimentos sobre os diversos aspectos da dor.

Elaborámos um inquérito às diversas instituições da Região Autónoma dos Açores, visto haver uma grande mobilidade dos profissionais, sobretudo de enfermagem, com a colaboração do Núcleo de Formação do HDES.

Na segunda parte e, devido à necessidade, de momento, de ser consolidada a divulgação do circuito de doentes e da articulação com outros profissionais e outras instituições, avaliámos os processos clínicos do arquivo próprio, quanto a:

- Tipo de dor.
- Origem do pedido de consulta.

Resultados

Ensino:

No questionário enviado, através dos Presidentes dos Conselhos Directivos, aos Conselhos Pedagógicos das

Escolas Superiores de Enfermagem de Ponta Delgada (ESEPD) (Fig. 1) e de Angra do Heroísmo (ESEAH) (Fig. 2), pretendíamos saber:

- Ensino ministrado por médico ou enfermeiro, com formação sobre o tema.
- Ano de início do ensino.
- Ano frequentado pelos alunos.
- Número de alunos.
- Carga horária dos cursos.
- O ensino sobre Dor, formador médico, abrangeu 253 alunos e 112 enfermeiros em actividade, desde 1995, em Ponta Delgada, e, desde 2001, em Angra do Heroísmo.
- O ensino sobre Dor, formador enfermeiro, abrangeu 343 alunos, desde as mesmas datas;
- Os cursos ministrados por enfermeiro, em Ponta Delgada, passaram a ter uma carga horária menor, desde que se iniciaram os cursos por médico, sendo as matérias complementares.

Nos hospitais, os dados fornecidos pelo Núcleo de Formação constam da tabela da figura 3.

Ensino de Dor na ESEPD				
	Início	Alunos	Total alunos	Horas
MED.	1995/2002	2º A / 6 C	220	4 C 5 H 2 C 6 H
		Comp. F/ 2 C	100	2 C 8 H
		ESP.M.C./ 1 C	12	6 H
ENF.	1995/2002	2º A / 7 C	263	1 C 1 H
				1 C 3 H
				1 C 5 H
				1 C 7 H
				3 C 2 H
				C = cursos

Figura 1.

Ensino de Dor na ESEPD				
	Início	Alunos	Total alunos	Horas
MED.	2001/2002	3º A	33	1 C 2 H
ENF.	2001/2002	3º A	80	1 C 6 H
		4º A		1 C 10 H

Figura 2.

Ensino de DOR nos hospitais da RAA				
<ul style="list-style-type: none"> • H. Divino Espírito Santo • 3 C. ENF. 3x32 h 50 Enf. • 1 C. MED. 1x24 h 16 Med. • H. Santo Espírito • H. Horta 				

Figura 3.

- No HDES de Ponta Delgada, o ensino sob a forma de cursos de 32 h abrangeu 50 enfermeiros, além de um curso de 24 h para 16 médicos.
- Nos hospitais SE de Angra do Heroísmo e da Horta, a temática da dor tem sido englobada em reuniões e conferências sobre outros temas, como cuidados paliativos.

Na segunda parte deste trabalho, apresentámos os dados recolhidos do arquivo próprio da Unidade de Dor, onde os processos clínicos foram separados em: arquivo activo, processos pendentes (doentes que abandonaram a consulta ou são seguidos em outras consultas, podendo voltar à Unidade de Dor), Óbitos e processos incompletos (que a partir do Gráfico 4 não são contabilizados).

Nos gráficos 1, 2, 3 e 4, são avaliados:

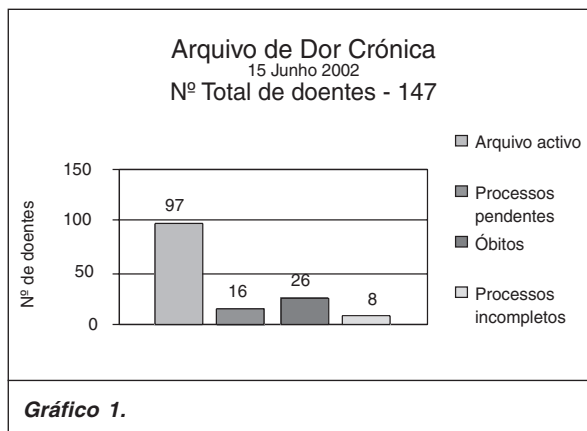


Gráfico 1.

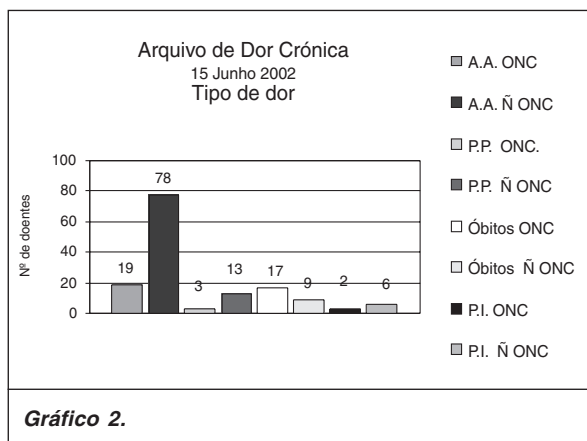


Gráfico 2.

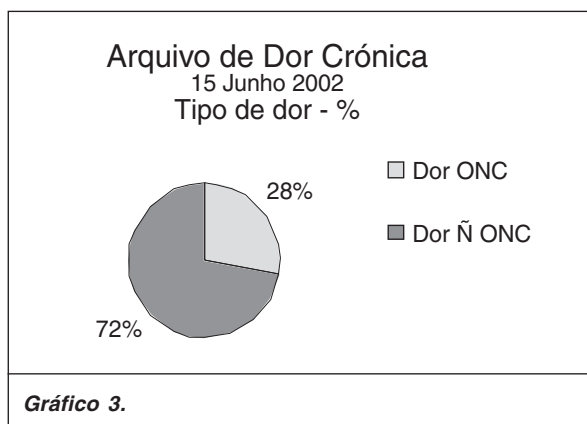


Gráfico 3.

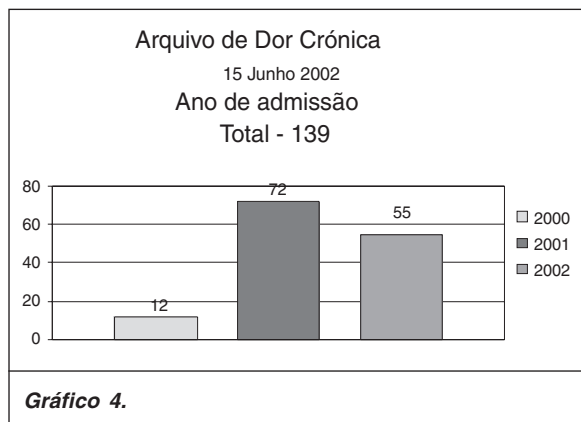


Gráfico 4.

- O número total de doentes admitidos, até 15 de Junho de 2002 - 147.
- O tipo de dor, 72% de dor não oncológica e 28% de dor oncológica.
- O ano de admissão.

Quanto à origem da referência dos doentes, gráficos 5, 6 e 7, verifica-se:

- 82% dos doentes foram referenciados a partir do próprio hospital, 37% nas Consultas externas e 45% no internamento;
- Dos 114 doentes referenciados do hospital, tiveram origem nas especialidades, por ordem decrescente: cirurgia vascular, cirurgia maxilofacial, otorrinolaringologia, ortopedia, urologia, neurocirurgia.

Discussão e conclusões

A concretização do projecto da Unidade de Dor Crónica do HDES, embora proposto numa fase de grande

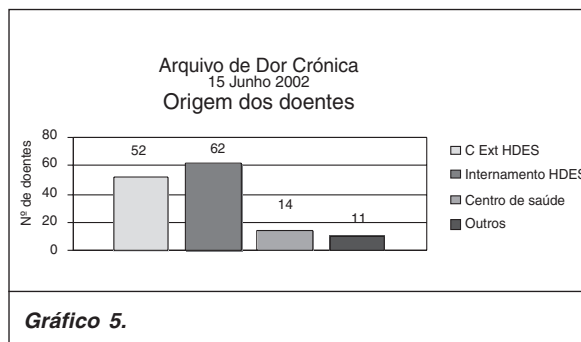


Gráfico 5.

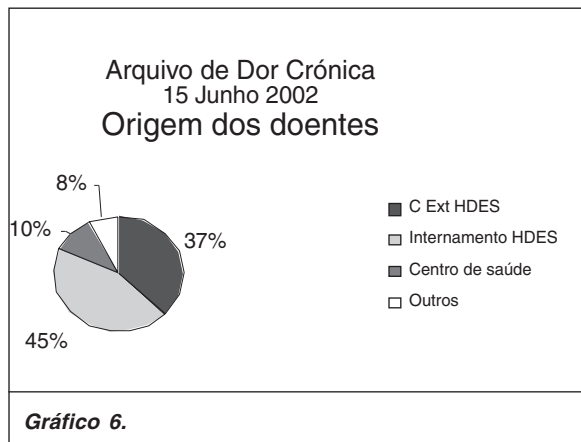
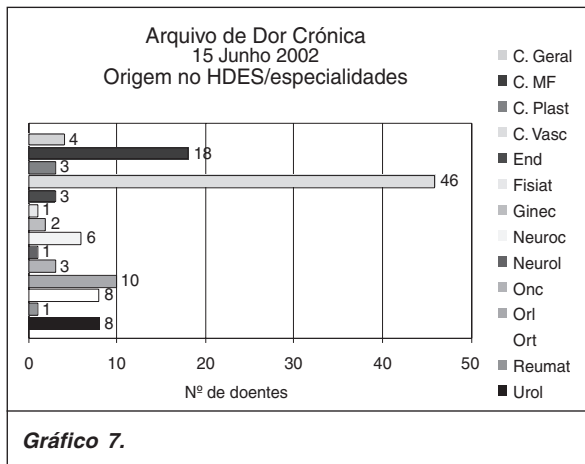


Gráfico 6.



carência de recursos humanos, foi demorada, concerta-za, por influência de outros factores, tendo sido o mais importante, sem dúvida, a mudança do hospital para novas instalações.

Ao mesmo tempo, esse atraso permitiu uma melhor sensibilização e formação de outros profissionais, através de reuniões e cursos que foram, sucessivamente, programadas. É de salientar a grande sensibilidade dos docentes e responsáveis da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada e do Núcleo de Formação do HDES, que

cedo compreenderam a necessidade da abordagem da Dor, sob uma forma sistematizada, como é evidente, na carga horária e nos anos de início desse ensino, comparativamente com as instituições congéneres da Região Autónoma dos Açores.

A fase de instalação da Unidade, também longa, devido à necessidade de adaptação das estruturas e da aquisição de equipamento, tem servido para ir analisando e discutindo o regime de colaboração de todos os profissionais envolvidos.

A avaliação actual permitiu definir o tipo de doentes referenciados, mais de dois terços de doentes não oncológicos, e, ainda, identificar a necessidade mais premente, como seja, a de definir os protocolos de colaboração com os Cuidados de Saúde Primários, que, no nosso caso, se organizam em cinco centros de saúde, na Ilha de S. Miguel, e um na de Santa Maria, todos com realidades completamente distintas, que necessitarão de abordagens diferenciadas.

Concluimos que serão importantes as orientações definidas no Plano Nacional de Luta contra a Dor, mas que qualquer metodologia que venha a ser usada, dependerá de condicionalismos diversos e deverá ser sempre adaptada a cada região.

Bibliografia

Plano Nacional de Luta contra a Dor
IASP

Unidades del dolor y atención primaria

M. Caramés¹, P. Vila², F.J. Robaina¹, A. De Luis², C. Ramírez¹, A. Guerrero¹

Resumen

En la presente exposición realizamos un repaso sobre la interacción que buscamos entre Las Unidades de tratamiento del dolor y cuidados paliativos de la provincia de Las Palmas (Islas Canarias) y los médicos de atención primaria.

Analizamos inicialmente los bajos conocimientos existentes sobre el tratamiento del dolor y el abordaje de los pacientes tributarios de cuidados paliativos entre los médicos de atención primaria de los países de nuestro entorno. Describimos a continuación la red asistencial que existe en nuestra Provincia para el tratamiento de estos pacientes. Enumeramos las acciones llevadas a cabo desde nuestras unidades de tratamiento especializado del dolor, encaminadas a conseguir la formación de los médicos de atención primaria y la información compartida entre los dos niveles asistenciales; valoramos su eficacia. Por último, concluimos señalando la necesidad de un contacto estrecho entre los profesionales de atención primaria y las unidades especializadas en el tratamiento del síntoma dolor.

Palabras clave: Tratamiento del dolor. Cuidados paliativos. Atención primaria.

Resumo

Nesta exposição, fazemos uma abordagem sobre a interacção entre as Unidades de tratamento da dor e cuidados paliativos da província de las Palmas, nas Ilhas Canárias, e os médicos de família.

Inicialmente, analisamos a deficiência dos conhecimentos sobre o tratamento da dor e sobre a abordagem dos doentes que necessitam de cuidados paliativos, entre os médicos de família, de alguns países. A seguir, descrevemos a rede assistencial que existe, na nossa província, para o tratamento destes doentes. Enumeramos as acções desenvolvidas, a partir das nossas unidades de tratamento especializado da dor, com os objectivos da formação dos médicos de família e da informação recíproca entre os dois níveis assistenciais, valorizando a sua eficácia. Em conclusão, assinalamos a necessidade de uma cooperação estreita entre os profissionais da medicina de família e das unidades especializadas no tratamento da dor.

Palabras-chave: Tratamento da dor. Cuidados paliativos. Medicina de família.

Summary

In this article, we describe the interaction between the pain clinics and paliative care units in the region of Las Palmas, Canary Islands, and family doctors.

At first, we analyse deficient knowledge of Family Doctors, in some countries, about pain treatment and paliative care. Next, we describe the organization of care, in our region, for the facilities of pain treatment and paliative care. Specifically, we detail the efficacy of the actions for education of family doctors and reports between the two levels of care. In conclusion, we emphasize the importance of a good cooperation among professionals of pain clinics, paliative care units and family medicine.

Key words: Pain treatment. Paliative care. Family doctors.

¹Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico no Neoplásico del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

²Unidad de Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

Introducción

La importancia del síntoma dolor está hoy en día fuera de toda discusión. El sufrimiento que acarrea, su prevalencia y repercusión social y económica son de tal magnitud que justifican el desarrollo de planes específicos de lucha contra el dolor. Estos planes, que se están instaurando tanto en Portugal como en diversas Comunidades autónomas españolas, abogan por la mejora en la formación de los profesionales a los que se consulta este síntoma y la coordinación entre niveles; es decir, coordinación de las unidades específicas de tratamiento del dolor y cuidados paliativos con los médicos de familia. La descripción de la interacción que procuramos entre las unidades de tratamiento del dolor y cuidados paliativos de la provincia de Las Palmas (Islas Canarias) y los médicos de atención primaria es el motivo de esta exposición.

Formación en dolor y cuidados paliativos de los médicos de atención primaria

La primera pregunta que debemos hacernos es: ¿hasta dónde llega la formación específica en dolor de los médicos de atención primaria (AP)? Algunos indicios nos hacen pensar que probablemente los conocimientos son escasos. En España en los estudios de licenciatura, si exceptuamos la Universidad de Salamanca, no existen bloques temáticos específicos sobre el síntoma dolor, y las referencias que se hacen sobre él en las diferentes asignaturas de la carrera son extremadamente limitadas. En estudios realizados sobre libros de texto recomendados por las cátedras de Medicina Interna, Cirugía General y Oncología de la Universidad de Salamanca sólo el 0,8% de las páginas hablan sobre dolor, y en la Universidad de Las Palmas esta cifra se eleva al 1,2% de las páginas de libros recomendados de Medicina Interna¹.

Siendo deficitaria la formación en dolor durante la licenciatura, podríamos pensar que, dada la prevalencia de pacientes que en Atención Primaria refieren en sus consultas "dolor" (hasta 2 tercios de las consultas), el facultativo puede autoformarse a lo largo de los años de práctica profesional. Pueden darnos cierta idea sobre lo que ocurre a lo largo de los años los resultados de las encuestas previas realizadas en 2 cursos de 46 h lectivas sobre dolor y cuidados paliativos en Vigo y Las Palmas de Gran Canaria, y en los cuales actuamos como coorganizadores. Planteamos a 80 alumnos 40 preguntas tipo test, cada una de estas 40 cuestiones tenía una sola respuesta verdadera de 5 posibles. Puntualizamos con 1 punto cada respuesta acertada y restamos también 1 punto por cada 3 respuestas erróneas. La puntuación media obtenida fue extremadamente baja (8,03) y significativamente menor en los alumnos de mayor edad y años transcurridos tras la licenciatura (4,93 y 8,61 para mayores y menores, respectivamente, de 40 años). Parece indicarnos este estudio que, siendo muy reducidos los conocimientos sobre el abordaje del dolor en 2 zonas tan alejadas entre sí de España, no sólo no se incrementa la formación con el tiempo de ejercicio, sino que se pierde. Si constatamos en este estudio una diferencia estadísticamente significativa entre los conocimientos de médicos generales y médicos de familia (con la especialización de 3 años)².

En el campo específico de los Cuidados Paliativos la situación no es diferente. En una encuesta realizada a

6.783 médicos de Atención Primaria (el 32,17% de todos los de España), 6.351 (el 93,63%) reconoce no haber recibido una formación adecuada para atender correctamente a los enfermos terminales y sus familiares. 6.520 de los médicos encuestados (el 96,13%) reconoce que sería muy necesario que en los programas de estudios de las universidades se añadiese un curso de Medicina Paliativa³. La situación en otros países de nuestro entorno probablemente es similar. En un estudio efectuado en 1989 en 60 hospitales correspondientes a 4 regiones alemanas, 2 tercios se consideran muy deficientemente preparados con su formación profesional de cara a la muerte⁴. Este déficit de preparación también fue constatado en Israel en encuesta practicada a 236 médicos con los siguientes resultados: el 63,3% realizaban una valoración inadecuada del dolor de sus pacientes y del alivio que obtenían, el 58% tenían inadecuados conocimientos sobre la terapia del dolor y el 49% prescribían dosis de opioides por debajo de las necesarias⁵. Por último, cabe hacer referencia al estudio llevado a cabo en el Royal Alexandra Hospital de Alberta, Canadá, en el cual se sometió a 78 médicos residentes de segundo año de Medicina de Familia a 2 cuestionarios de 108 preguntas, realizados antes y después de 2 semanas de rotación por la unidad de Cuidados Paliativos; los resultados demostraron unos bajos conocimientos iniciales sobre el uso de medicación antiálgica y otros conocimientos necesarios para el abordaje del paciente y su familia (53 ± 15 respuestas acertadas) y una mejoría significativa tras la rotación (73 ± 13)⁶.

Como dice Silver: "Los profesionales sanitarios son cada vez más hábiles en el manejo de aparatos y en la utilización de técnicas complejas, pero a menudo se sienten desprovistos y desarmados de cara a la angustia y la soledad del moribundo e incapaces de establecer una relación de ayuda con él. **No han sido preparados para ello**"⁷.

Nuestros dispositivos asistenciales

En la provincia de Las Palmas tenemos dividida la asistencia especializada en 2 grandes áreas, correspondiéndole a cada una la atención de un total aproximado de 450.000 hab.

El área norte, cuyo centro de referencia es el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, cubre la atención especializada de tercer nivel de la mitad de la población de la ciudad de Las Palmas, la zona norte de la isla de Gran Canaria y la isla de Lanzarote. La atención al dolor está estructurada en tres unidades funcionales independientes:

- La Unidad de Tratamiento del Dolor Agudo es dependiente del Servicio de Anestesiología y Reanimación y está atendida por 1 anestesióloga y 1 enfermera.
- La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), también funcionalmente independiente, es atendida por 7 médicos (uno de ellos anestesiólogo), psicólogo, asistente social, 3 enfermeras, 1 administrativa y 1 celadora. Dos médicos están contratados por la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer (AELCC) y el psicólogo y el asistente social, también contratados por la AELCC, son compartidos con la Unidad de Cuidados Paliativos del área sur. Dispone de 18 camas de internamiento, con su personal específico, unidad de atención domiciliaria, 3 consultas externas y sala de técnicas.

- Por último, la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico no Neoplásico también es funcionalmente independiente de otros servicios asistenciales, siendo atendida por 3 facultativos (2 anestesiólogos y 1 neurocirujano) a tiempo parcial (50%), más 1 rehabilitadora 1 día a la semana, 2 enfermeras y 1 auxiliar de clínica. Dispone de 5 boxes para técnicas antiálgicas, 2 consultas externas, quirófano dos días a la semana y hasta 4 camas de internamiento.
- El Hospital Insular de Lanzarote dispone de 1 Unidad de Cuidados Paliativos atendida por 1 médico.

El área sur, cuyo centro de referencia es el Complejo Hospitalario Materno-Insular de Gran Canaria (Hospital Materno-infantil y Hospital Universitario Insular de Gran Canaria), dispone de 1 unidad de Cuidados Paliativos y Dolor Crónico dividida en 2 secciones:

- La sección de cuidados paliativos es atendida por 4 médicos, dos enfermeras, 2 auxiliares de clínica, trabajador social y psicólogo, estos 2 últimos profesionales son dependientes de la AELCC y compartidos por la UCP del área norte. Dispone de 8 camas de internamiento con personal específico, 3 consultas externas y 3 salas de técnicas. En el populoso municipio de Vecindario se ha constituido una fundación pública municipal que, disponiendo de un trabajador social y un psicólogo, colabora en la atención domiciliaria en coordinación con los profesionales de la UCP; es un proyecto innovador que está siendo referente a seguir en otras comunidades autónomas.
- La sección de tratamiento del dolor crónico es atendida por 2 médicos, uno de ellos anestesiólogo, y 1 médica rehabilitadora 1 día a la semana. Dispone de 2 consultas externas, 2 salas de técnicas antiálgicas, 2 camas de ingreso y quirófano 1 día a la semana.

La atención del dolor agudo la llevan a cabo 2 anestesiólogos, uno en cada hospital del complejo, dependientes del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Dispositivos asistenciales de cuidados paliativos y atención primaria

Los objetivos básicos de una unidad de cuidados paliativos son 2, por un lado el conseguir que el paciente fallezca tranquilo, sin dolor, rodeado de su familia y amigos y si es posible en su domicilio, y en segundo lugar que el proceso de adaptación a la muerte sea vivido por el paciente y la familia con la menor carga de ansiedad posible, no convirtiéndose el duelo en patológico. Hemos nombrado 2 términos: **familia** y **domicilio**, que son en buena medida el ámbito de trabajo del médico de atención primaria o médico “de familia”. Dada su proximidad al paciente, mantenida además en el tiempo, este profesional es el más indicado para conocer las implicaciones familiares, laborales o económicas, que influirán indefectiblemente sobre la vivencia de la muerte y el abordaje que los profesionales implicados han de llevar a cabo. El trasvase de toda esta valiosa información desde el profesional de atención primaria hacia las unidades especializadas es de suma importancia, y hemos de encontrar los cauces adecuados para que se produzca de forma natural.

Por otro lado, el médico de atención primaria no puede ser excluido del último “tratamiento” que se ofrece a su paciente de siempre, siendo apartado por los “nuevos especialistas” que irrumpen en la vida del paciente y su familia en un momento extremadamente delicado.

El conseguir los 2 objetivos esbozados en los párrafos previos, es decir, que el médico de atención primaria sea participe, junto con los profesionales de la UCP, de las últimas intervenciones sobre su paciente, y a su vez proporcione a los miembros de la UCP todos los datos que pudieran influir sobre el desarrollo del proceso de la muerte y su abordaje; constituye el fin de los mecanismos de interacción que hemos buscado entre los 2 niveles asistenciales en los últimos años. Estos son básicamente los siguientes:

- Los futuros médicos de atención primaria durante su proceso de aprendizaje como médicos internos residentes (MIR) rotan por las UCP un mínimo de 1 mes.
 - Una vez terminada su especialización tienen abierta la posibilidad de acudir a la UCP para reciclarse durante períodos cortos de 1 o 2 semanas.
 - Se han establecido, aunque con una periodicidad variable, desplazamientos de los profesionales de las UCP a los centros de salud (incluidos los de Fuerteventura y Lanzarote) para abordar temas monográficos y, sobre todo, solventar problemas de coordinación y trasvase de información.
 - Los pacientes atendidos en consulta externa son remitidos a su médico de cabecera con el informe pertinente.
 - Los profesionales de las unidades de atención domiciliaria habitualmente se ponen en contacto con el médico de atención primaria del paciente en tratamiento para establecer las pautas de coordinación.
- Los resultados de esta mayor interacción entre los médicos de atención primaria y la UCP son:
- Mayor información de los profesionales de las UCP sobre la realidad social y familiar en la que vive el paciente.
 - Posibilidad, por la adquisición de los conocimientos necesarios, de solventar el médico de AP las complicaciones habituales que afectan al paciente tributario de cuidados paliativos.
 - El paciente fallecerá en su domicilio con el apoyo de su médico “de siempre” y si es necesario con la ayuda del “nuevo amigo” del hospital.
 - La familia abordará el duelo con su médico de AP.

Unidades de tratamiento del dolor crónico no neoplásico y atención primaria

Las unidades de tratamiento del dolor son, a pesar de los años transcurridos desde su creación, unas grandes desconocidas. A este desconocimiento no suelen escapar los médicos de atención primaria, y ello producirá en no pocas ocasiones problemas de desconfianza del paciente y descoordinación entre niveles asistenciales. El paciente que acude a su primera consulta a la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico No Neoplásico (UTDCNN) habitualmente no tiene un claro conocimiento de lo que puede esperar de este dispositivo asistencial, pues no se trata de una especialidad de las “tradicionales”; los fármacos y técnicas antiálgicas ofertadas con frecuencia le parecen agresivas y extrañas. La respuesta natural de nuestro paciente será el consultar la posible eficacia, riesgos y otros detalles de la oferta terapéutica a su médico “de confianza”, el médico de atención primaria. Si el médico de AP no tiene unos claros conocimientos y una actitud positiva

hacia nuestras posibilidades terapéuticas, las probabilidades de que el paciente que compartimos permita que se le someta a técnicas con cierto riesgo o siga adecuadamente las prescripciones farmacológicas se reducen considerablemente. Por tanto, la información y formación de los médicos de AP se hace imprescindible para evitar que se desaconsejen bloqueos diagnósticos o terapéuticos o que se acepten tratamientos como los opiáceos mayores o los antiepilépticos, fármacos estos tradicionalmente no bien acogidos por su potencial peligro, capacidad de adicción, tolerancia o desconocimiento de su eficacia en los dolores neuropáticos en el caso de los antiepilépticos.

Entendiendo, por tanto, que la información a los médicos de AP y su formación en el campo del dolor son imprescindibles, nuestras unidades de tratamiento del dolor crónico han acometido una serie de acciones encaminadas a conseguir estos fines:

- En 1999 organizamos un amplio curso sobre dolor y cuidados paliativos de 46 h lectivas, al que ya hemos hecho referencia, y en el cual comprobamos el importante déficit de conocimientos teóricos en estas materias. Déficit este que en buena medida disminuía con las clases impartidas, obteniéndose un incremento casi del 100% en la puntuación obtenida en el test final con respecto al previo (15,88 frente a 8,03). Sin embargo, no estamos seguros de que este tipo de cursos cambie demasiado la actitud de los médicos de familia en este campo de actuación. Probablemente, y esto es una apreciación por supuesto subjetiva, las acciones que describimos a continuación han contribuido en mayor medida a obtener los resultados que describiremos.
- Los futuros médicos de familia que se forman en el área sur, durante su rotación hospitalaria se forman durante un mes en las unidades de dolor. En el área norte, aunque esta posibilidad está abierta, no es obligatoria en su programa formativo.
- Periódicamente los miembros de las UTDCNN nos desplazamos a los centros de salud para tratar temas de dolor monográficamente y discutir casos clínicos concretos y problemas de derivación de pacientes y de coordinación. Estas distendidas reuniones, en muchas ocasiones con compañeros que han aprendido con nosotros los conceptos básicos sobre tratamiento del dolor y la organización y funcionamiento de nuestras unidades, son a nuestro entender las que aportan unos beneficios más patentes.
- El intercambio de información se facilita también por nuestra parte mediante la elaboración de informes dirigidos al médico de cabecera tras la primera consulta y ante variaciones en el tratamiento de cierto calado. Los cambios en los tratamientos con opiáceos son siempre notificados por escrito y en las patologías que cursan con reagudizaciones establecemos pautas de tratamiento recomendadas al médico de atención primaria.

Los resultados de estas pautas de actuación se han traducido en 3 ámbitos: la mejor y más frecuente derivación de pacientes, su seguimiento más estrecho y coordinado y la información no dispar al paciente.

1. Derivación adecuada de los pacientes:
 - Los pacientes son derivados con el diagnóstico etiológico de la causa de su dolor o en su defecto adecuadamente estudiados. En una escueta historia

clínica se detallan también tratamientos fracasados y condiciones sociales, familiares y laborales que puedan influir en la percepción del dolor. El médico de AP ha entendido que las UTDCNN no son centros de diagnóstico etiológico del dolor, quizás se pueda definir el tipo de dolor y las vías y centros nerviosos implicados en su percepción y mantenimiento, pero la causa inicial y el tratamiento etiológico pertenecen al campo de actuación de muchas otras especialidades. Las UTDCNN sí están capacitadas para aplicar técnicas terapéuticas que se escapan a la mayoría de las especialidades, sobre todo si cuentan con un equipo multidisciplinario. La importancia de la transmisión de los tratamientos fracasados y de las implicaciones sociolaborales es obvia y ya ha sido comentada.

- El grado de urgencia de la derivación se establece con mayor rigor y ante la duda se recurre al contacto telefónico. El hecho de que la mayoría de los médicos de AP hayan tenido un contacto directo con los profesionales de la UTDCNN les hace perder el miedo al requerimiento telefónico, entre otras cosas por conocer las horas “menos malas” para “molestar” al compañero que conocen.
 - Los pacientes son derivados tras tratamientos previos fracasados y “se ha probado algo más que AINE”, frecuentemente opiáceos menores y anticomociales en los dolores neuropáticos.
 - El número de pacientes derivados desde AP se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Hasta 1999 sólo el 15,4% de las primeras visitas que acudían a la UTDCNN del área norte procedían de atención primaria⁸, sin embargo, en los últimos 12 meses este porcentaje ha ascendido al 41%.
2. El seguimiento más estrecho y coordinado se traduce en un mejor control de la medicación, de especial relevancia en el control de la dispensación de opiáceos mayores, la instauración de las pautas recomendadas para las reagudizaciones o la información recíproca de los cambios en otra patología concomitante o en sus condiciones sociolaborales.
 3. Por último, hemos constatado como la información positiva de los médicos de AP sobre las posibilidades terapéuticas por nosotros ofertadas, sobre todo las técnicas de bloqueos o infiltraciones, ha hecho que sean mejor aceptadas por los pacientes, y ha disminuido el número de cancelaciones en la sala de técnicas por no acudir el paciente.

Conclusiones

Una vez completado el desarrollo inicial de la red asistencial de tratamiento del dolor y cuidados paliativos en la provincia de Las Palmas y tras varios años de trabajo y comunicación con nuestros médicos de AP hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- El médico de AP es un pilar básico en el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos por su cercanía y estrecha relación con el paciente, que le hacen conocedor de muchos de los condicionantes que modulan la percepción del dolor. Por ello, el contacto permanente entre el médico de AP y el especialista en dolor es preteritorio.
- El médico de AP debe conocer la “oferta antiálgica” que proporcionan las unidades del dolor y superar el miedo, mediante el conocimiento, a fármacos y técnicas consideradas tradicionalmente peligrosas.

- La formación continuada del médico de AP en el campo del tratamiento del dolor es una labor imprescindible del personal de las unidades del dolor. El contacto directo mediante el desplazamiento del médico de AP a las unidades de tratamiento del dolor y cuidados paliativos para compartir el trabajo con los profesionales del tratamiento del dolor y el desplazamiento de éstos a los centros de salud son las actuaciones que mayores beneficios aportan.

Bibliografía

1. Muriel C. Falta de planificación en la enseñanza. En: Muriel C, Madrid-Arias JL. Estudio y Tratamiento del dolor. Madrid: ELA 1995:15.
2. Caramés M, Rodríguez-Pérez A, et al. Diferencias sobre conocimientos en el campo del dolor entre distintos especialistas. En: De Vera JA, Parris W, Erdine S. Management of pain a world perspective III. Bologna: Monduzzi editore 1998:465-8.
3. Gómez M. Punto de reflexión: los profesionales de la salud y la muerte (parte I). Medicina Paliativa 1998;3:116-24.
4. George W, Beckman D, et al. Aktuelle empirische Daten zu den Sterbebebingungen im Krankenhaus. Psychotherapie.
5. Sapir R, Catane R, et al. Cancer pain: Knowledge and attitudes of physicians in Israel. J Pain Symptom Manage 1999;17:266-76.
6. Oneschuk D, Fraisinger R, Hanson J, Bruera E. Assessment and Knowledge in palliative care in second year family medicine residents. J Pain Symptom Manage 1997;14:265-73.
7. Fallowfield L. Communication in cancer care. Oncology in Practice 1994;2:3-4.
8. Caramés M, Robaina FJ, et al. Las unidades de tratamiento del dolor, nuestra experiencia. Canarias Médica 1999;3:97-101.

Consumo de opióides

Isabel França¹, M^a Teresa Flor de Lima²

Resumo

A integração de uma farmacêutica no Grupo de Dor do HDES tem sido muito útil por nos ter permitido um acesso ao consumo global de opióides e ao consumo destes, por cada serviço. Uma vez que o Grupo de Dor começou a funcionar desde 2000 e a Unidade de Dor Crónica, com mais regularidade, desde 2001 e, com instalações, a partir de 2002, consideramos este estudo uma base de comparação para estudos futuros sobre a correlação entre o crescente consumo de opióides e um melhor tratamento dos doentes com dor.

Palabras-chave: Unidade de Dor Aguda. Opióides.

Summary

Since the collaboration of a pharmacist with the Acute and Chronic Pain Unit team, in the new hospital, we were able to do the study of the general consumption of opioids in the whole hospital and by department. In future, after this basic study, we will try to find a correlation between the best treatment of pain and the amount of opioids consumed.

Key words: Acute Pain Unit. Opioids.

Introdução

Ao ser organizado o Grupo de Dor do HDES, pareceu-nos, desde o início, de primordial importância a colaboração mútua com os Serviços Farmacêuticos, uma vez que iríamos deparar-nos com a implementação de novas técnicas e com o manuseamento de novos fármacos e de novas apresentações dos já existentes.

Tendo sido possível estudar o consumo global de opióides, e, devido a uma reorganização dos próprios serviços, bem como a adaptação a novas rotinas, consideramos esta análise como uma base de estudo para comparações futuras, à medida que evoluirmos em termos organizativos no tratamento dos doentes com dor.

Os gráficos seguintes são baseados no registo informático dos Serviços Farmacêuticos.

No gráfico 1, verifica-se um aumento do consumo de morfina injectável (ampolas de 10 mg), nos últimos 3 anos, mais significativo, no ano de 2001.

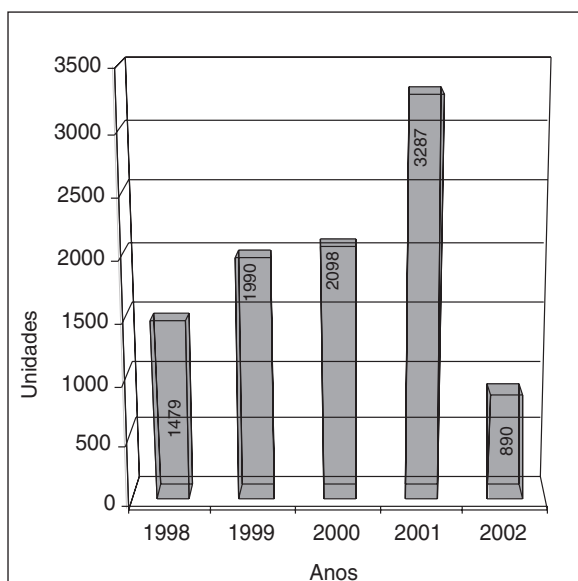


Gráfico 1. Evolução do consumo de morfina injectável até 31 de Maio de 2002.

¹Farmacêutica dos Serviços Farmacêuticos do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

²Chefe de Serviço de Anestesiologia, Coordenadora do Grupo de Dor do Serviço de Anestesiologia
Director do Serviço de Anestesiologia – Dr. Pedro Carreiro

A diminuição do consumo, nos primeiros meses de 2002 poderá ser explicado pelo uso crescente das seringas cheias para perfusão, *Narco-ject* (Gráfico 2).

Nos gráficos 3, 4 e 5, tentámos fazer uma apreciação do consumo de morfina injectável, por serviços.

O aumento mais significativo no consumo deu-se no internamento de Oncologia, talvez explicado pelo facto de um número maior de casos terminais, cerca de 60%, segundo os responsáveis, serem submetidos a internamento hospitalar.

Outros serviços tiveram, mesmo, um ligeiro aumento, como a UCI, ou uma ligeira diminuição, como os serviços de Cirurgia e Bloco Operatório, onde tem havido uma tentativa de diversificação das técnicas e dos fármacos.

O consumo de sulfato de morfina, em comprimidos de acção retardada, tem sofrido um decréscimo, em regime de internamento.

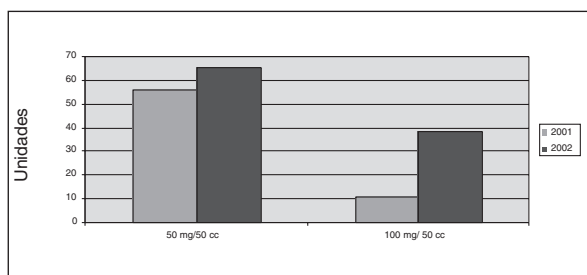


Gráfico 2. Consumo de morfina em seringas cheias para perfusão até 31 de Maio de 2002.

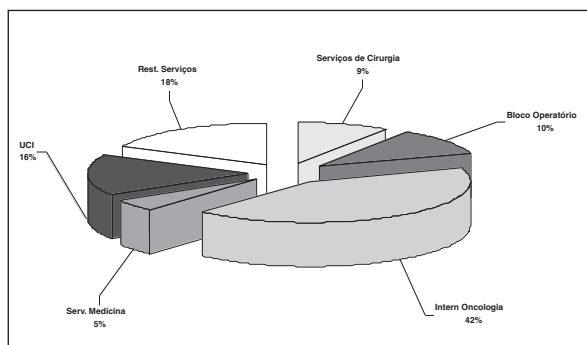


Gráfico 3. Consumo de morfina injectável no ano 2000.

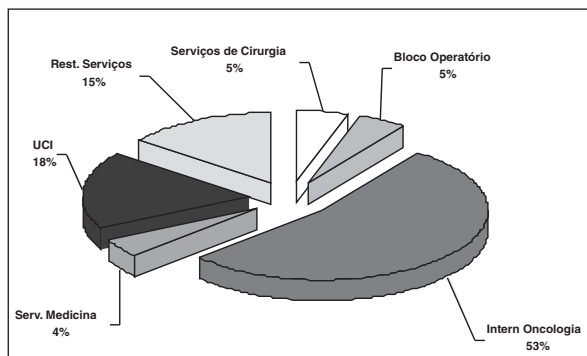


Gráfico 4. Consumo de morfina injectável no ano 2001.

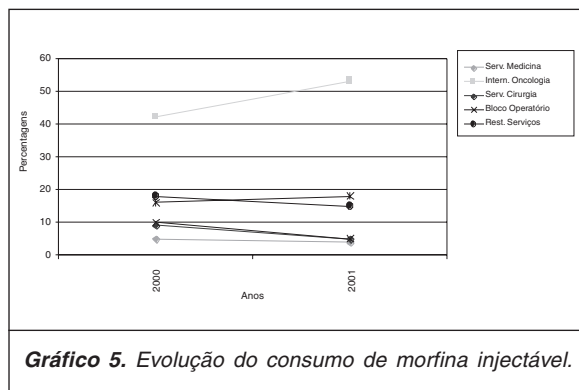


Gráfico 5. Evolução do consumo de morfina injectável.

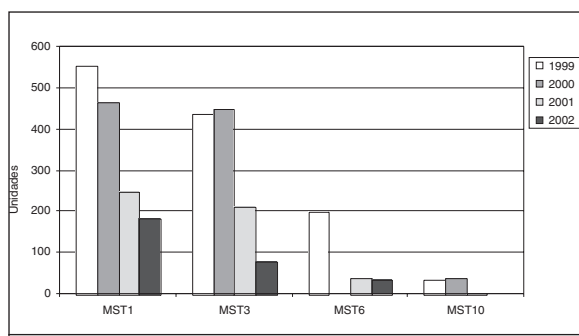


Gráfico 6. Consumo de sulfato de morfina comp. de acção retardada até 31 de Maio de 2002.

No gráfico 7, nota-se um ligeiro aumento do consumo de tramadol, sob a forma de várias apresentações, ampolas de 100 mg e comprimidos de acção retardada de 100,

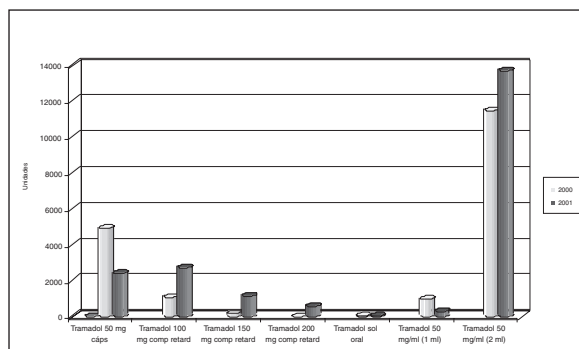


Gráfico 7. Consumo de tramadol no HDES.

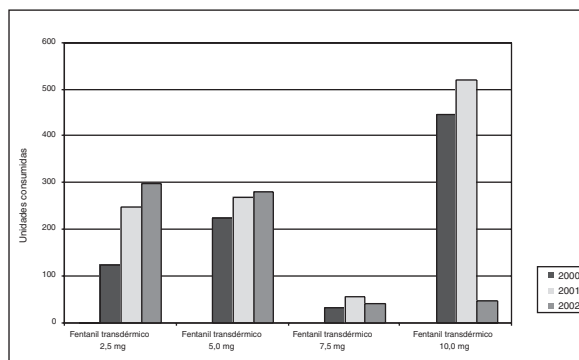


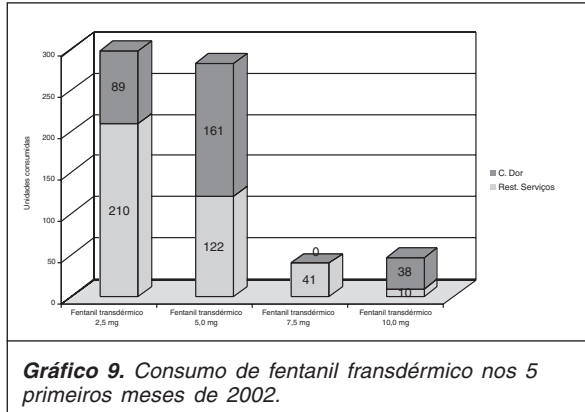
Gráfico 8. Consumo de fentanil transdérmico.

150 e 200 mg, devido à divulgação dos protocolos da Unidade de Dor Aguda.

Quanto ao fentanil transdérmico, verifica-se um aumento global do consumo de todas as apresentações,

entre 2000 e 2001. As de 2,5 mg, 5 mg e 7,5 mg sofreram um acréscimo elevado, durante os primeiros 5 meses de 2002.

Parece ter havido influência da instalação da Unidade de Dor Crónica, a partir deste período, pelo crescente aumento das prescrições na Consulta de Dor (Gráfico 9).



Conclusões

Os protocolos da Unidade de Dor Aguda e as prescrições da Consulta de Dor, parecem ter influenciado o consumo de algumas apresentações de alguns opióides, no HDES. No entanto, por este ter sido um trabalho de recolha de dados correspondentes a uma fase de transição (novo hospital, protocolos da Unidade de Dor Aguda e instalação da Unidade de Dor Crónica), deve ser considerado um trabalho base para estudos futuros que merecem um tratamento estatístico cuidado, no sentido de definir os factores que influenciaram o crescente consumo de opióides.