

Análise Descritiva de Serviço de Dor Aguda Pós-Operatória em Hospital Terciário *

João Valverde Filho, TSA¹, Pedro Poso Ruiz-Neto, TSA², Renata Cristina de M. Corsino Freire³, Dayse Maioli Garcia⁴

RESUMO

Valverde Filho J, Ruiz-Neto PP, Freire RCMC, Garcia DM - Análise Descritiva de Serviço de Dor Aguda Pós-Operatória em Hospital Terciário

Justificativa e Objetivos - Há poucos serviços de dor aguda pós-operatória estruturados em nosso meio, embora sua importância já esteja plenamente demonstrada. O objetivo deste estudo é apresentar os resultados da avaliação retrospectiva de 347 pacientes atendidos pelo Serviço de Dor Aguda em um hospital terciário.

Método - Após aprovação Institucional foram analisados retrospectivamente 347 prontuários que contêm formulários específicos para anotar o tipo de técnica analgésica empregada, a qualidade da analgesia, a evolução, a incidência de efeitos adversos e os tratamentos. O período estudado foi de outubro de 1997 a setembro de 1998.

Resultados - Os métodos mais utilizados foram Analgesia Controlada Pelo Paciente por via venosa (ACPV) e por via peridural (ACPP), com controle adequado da dor pós-operatória. Morfina foi o agente mais utilizado para a ACPV e bupivacaína associada ao fentanil para ACPP. Para a analgesia peridural intermitente utilizou-se morfina. A duração média dos tratamentos foram para ACPV de 3,32 dias e para ACPP de 2,67 dias. Os efeitos colaterais mais comuns foram náusea e vômito para a ACPV (8,06%) e ACPP (12,55%); a incidência de depressão respiratória foi de 0,57%.

Conclusões - Os índices de sucesso, complicações, técnicas empregadas e recursos humanos disponíveis num hospital terciário privado demonstraram que é possível e importante o atendimento aos pacientes no período pós-operatório com relação ao tratamento da dor aguda.

UNITERMOS - ANESTESIOLOGIA, Organização: serviço de dor aguda; ANALGESIA, Pós-Operatória: controlada pelo paciente; ANALGÉSICOS, Opióides: fentanil, morfina; TÉCNICAS ANESTÉSICAS, Regional: peridural

SUMMARY

Valverde Filho J, Ruiz-Neto PP, Freire RCMC, Garcia DM - Descriptive Analysis of Acute Postoperative Pain Service in a Tertiary Hospital

Background and Objectives - Although widely recognized as important, there are few organized acute postoperative pain services in Brazil. This study aimed at reporting the results of a retrospective analysis of 347 patients assisted by the Acute Pain Service of a tertiary hospital.

Methods - After Institutional approval, 347 medical records with specific forms to record analgesic technique, quality of analgesia, evolution, side-effects and treatments were retrospectively evaluated. The study period went from October 1997 through September 1998.

Results - Most common methods were Patient Controlled Venous Analgesia (PCVA) and Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA) with adequate postoperative pain control. Intravenous morphine was the most common agent for PCVA. Bupivacaine associated to fentanyl was the most common association for epidural analgesia (continuous or PCEA). Intermittent epidural analgesia was more frequently provided by morphine. Mean treatment duration was 3.32 days and 2.67 days for PCVA and epidural, respectively. Most common side effects were nausea and vomiting for intravenous PCA (8.06%) and for PCEA (12.55%). The incidence of respiratory depression was 0.57%.

Conclusions - Success rates, complications, methods and manpower available in a private tertiary hospital showed the importance and feasibility of acute postoperative pain management.

KEY WORDS - ANESTHESIOLOGY, Organization: acute pain service; ANALGESIA, Postoperative: patient controlled; ANALGESICS, Opioids: fentanyl, morphine; ANESTHETIC TECHNIQUES, Regional: epidural

* Estudo realizado no CET São Paulo Serviços Médicos de Anestesia da Sociedade Beneficente de Senhoras do Hospital Sírio Libanês de São Paulo, SP

1. Anestesiologista do Hospital Sírio Libanês

2. Anestesiologista do Hospital Sírio Libanês. Professor Livre Docente da Disciplina de Anestesiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

3. ME do Hospital Sírio Libanês

4. Enfermeira Responsável pela Enfermagem do Serviço de Dor do Hospital Sírio Libanês

Apresentado em 04 de janeiro de 2000

Aceito para publicação em 14 de março de 2000

Correspondência para Dr. João Valverde Filho

Rua Morgado de Mateus, 259/162

04015-050 São Paulo, SP

E-mail: jvfilho@ibm.net

© 2000, Sociedade Brasileira de Anestesiologia

A Anestesiologia recentemente expandiu seu campo de atuação em áreas como: consultório de avaliação pré-anestésica, sub-especialidades anestésicas, terapia Intensiva e tratamento da dor aguda e crônica.

O controle da dor aguda tem despertado grande interesse nos últimos anos, por razões que incluem melhor evolução durante o período pós-operatório graças, em parte, à diminuição dos hormônios liberados em resposta à agressão cirúrgica. Intervenções como toracotomia, mastectomia, hieniorrafia e amputação de membros podem cursar com dor persistente ou crônica.

Imediatamente após a cirurgia, o paciente pode referir dor por excesso de nocicepção e por dor neuropática. A dor pós-operatória por nocicepção geralmente resolve-se em

dois a dez dias, enquanto a dor por lesão do nervo poderá persistir¹.

O rápido retorno dos pacientes às suas atividades normais no período pós-operatório está associado ao melhor controle da dor pós-operatória, com menor tempo de permanência hospitalar e custos reduzidos^{2,11}. Embora estas razões sejam válidas para nossa realidade, a situação atual no Brasil está longe daquela observada em centros mais desenvolvidos³. Não obstante, nos últimos anos o interesse e a necessidade da instalação de Serviços de Dor Aguda (SDA) tem aumentado, os Anestesiologistas têm sido obrigados a enfrentar o desafio da organização e da instalação destes serviços.

Um estudo⁴ revelou que 80% dos SDA nos EUA são coordenados por Anestesiologistas e que 94% relatam que um Anestesiologista faz parte da equipe.

Os relatos dos hospitais universitários americanos³ nos estimularam a desenvolver um programa de tratamento da dor aguda, iniciando o Serviço há seis anos. Os problemas enfrentados são comuns aos centros mais desenvolvidos⁵ como abordagem inadequada do controle da dor e treinamento insuficiente dos médicos e da enfermagem.

O objetivo deste estudo é apresentar os resultados da avaliação retrospectiva de 347 pacientes atendidos pelo Serviço de Dor Aguda entre outubro de 1997 a setembro de 1998 em hospital classificado como nível terciário, que conta com 390 leitos, centro cirúrgico com 11 salas e uma unidade cirúrgica ambulatorial com 4 salas.

Foram analisados os aspectos demográficos da população tratada, os recursos humanos necessários, as técnicas empregadas, os índices de sucesso, as complicações e o tratamento indicado em cada situação.

MÉTODOS

Após aprovação Institucional foram analisados 347 prontuários que contém formulários específicos para anotar a qualidade da analgesia, a evolução, a incidência de efeitos adversos e os tratamentos. O período estudado foi de outubro de 1997 a setembro de 1998. Neste período os trabalhos foram iniciados com Anestesiologistas e Enfermeiras, realizando visitas regulares aos pacientes submetidos aos procedimentos de grande complexidade no período pós-operatório. O treinamento do quadro de enfermagem foi regulamentado pela Direção do Hospital e inicialmente executado pelos Anestesiologistas. Estes compreendem orientações básicas sobre procedimentos e abordagens dos pacientes com dor, fisiopatologia da dor, farmacologia dos opióides e analgésicos não-opióides, anatomia espinhal e métodos para injeção e manipulação de cateter peridural, conceitos sobre analgesia regional e sistêmica e conceitos e técnicas dos métodos de analgesia controlada pelo paciente (ACP). A partir deste momento, todos os pacientes selecionados receberam visitas diárias dos Anestesiologistas, acompanhados pela enfermagem das unidades de internação. Há três anos uma enfermeira coordenadora ficou encarregada do treinamento contínuo de todos os enfermeiros do hospital.

As orientações das condutas adotadas para o quadro de enfermagem foram realizadas diariamente e em caráter especial quando necessário.

Para este estudo foram colhidos dados de um protocolo de pesquisa retrospectiva sobre dor pós-operatória, que foi aplicado para todos os pacientes que receberam o seguimento do Serviço de Dor Aguda. Os pacientes foram visitados diariamente e avaliados quanto ao controle da dor, presença de efeitos indesejáveis, posição e migração do cateter de peridural. Os cuidados de Enfermagem também incluíram avaliação do grau de sedação e frequência respiratória, e sinais vitais em intervalos que variavam de duas a quatro horas. Os métodos de avaliação de dor e sedação (Quadro I) foram aplicados em intervalos de duas horas para peridural com anestésico local associado a opióide e, após 24 horas de infusão, as medidas foram realizadas a cada quatro horas. Para infusão de morfina por via venosa as avaliações ocorreram a cada duas horas.

Quadro I - Escala de Sedação

0 = Paciente acordado

1 = Ocasionalmente sonolento; fácil despertar

2 = Frequentemente sonolento; desperta, porém dorme durante a fala

3 = Sonolento; difícil despertar ou não responde ao estímulo

Pasero, 1994. Postoperative Pain Management in the Elderly. Pain in the Elderly, Seattle, 1996;5:45-68

Cada visita incluiu a modificação das condutas mais apropriadas dos diferentes métodos de analgesia, além da inspeção dos cateteres de peridural, os quais foram fixados com curativo transparente sem a utilização de gazes, para não impedir a visualização da posição e possíveis sinais de inflamação e infecção. Quando necessário, foram discutidas com a enfermeira da unidade de internação ou com a equipe cirúrgica responsável possíveis mudanças no tratamento.

Os tratamentos foram realizados com infusão peridural intermitente (*bolus*) de opióide com cateter (Tabela I) ou, injeção única de opióide subaracnóideo (sem cateter) e analgesia controlada pelo paciente por via venosa (ACPV) e peridural (ACPP) (Quadro II) por equipamentos microprocessados. Todos os pacientes receberam prescrições individualizadas e padronizadas diariamente. Os cirurgiões foram informados a respeito do método e drogas utilizadas, para que não ocorresse conflito de prescrições e/ou associação de depressores do sistema nervoso central.

Tabela I - Dose Inicial (mg) de Morfina Peridural para Dor Pós-operatória

Idade	Cirurgia não Torácica		Cirurgia Torácica	
	Cateter lombar		Cateter	
		Torácico	Lombar	
15-44	4 mg	4 mg	5 mg	
45-65	3 mg	3 mg	4 mg	
66-75	2 mg	2 mg	3 mg	
>76	1 mg	1 mg	2 mg	

International Association for the Study of Pain (IASP). Management of Acute Pain. A Practical Guide Task Force on Acute Pain, WA, IASP Publications, 1992

Quadro II - Soluções Utilizadas para Infusão Peridural no Período Pós-Operatório

Cateter lombar para cirurgias da extremidade inferior

Bupivacaína 0,5 mg.ml⁻¹ + fentanil 4 µg.ml⁻¹

Bupivacaína 0,5% 25 ml + fentanil 20 ml + SF 205 ml → Ritmo de 5-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 3 ml; Intervalo 12-15 minutos

Ropivacaína 10 mg.ml⁻¹ + fentanil 4 µg.ml⁻¹

Ropivacaína 0,1% 25 ml + fentanil 20 ml + SF 205 ml → Ritmo de 5-10ml.h⁻¹; *Bolus* de 3 ml; Intervalo 12-15 minutos

Cateter lombar para cirurgia abdominal

Bupivacaína 0,5 mg.ml⁻¹ + fentanil 4 µg.ml⁻¹

Bupivacaína 0,5% 25 ml + fentanil 20 ml + SF 205 ml → Ritmo 8-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 5 ml; Intervalo 12-15 minutos

Bupivacaína 0,5 mg.ml⁻¹ + morfina 0,04 mg.ml⁻¹

Bupivacaína 0,5% 25 ml + morfina 10 mg (10 ml) + SF 215 ml → Ritmo 6-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 5 ml; Intervalo 40 minutos

Cateter torácico para cirurgia abdominal

Bupivacaína 0,5 mg.ml⁻¹ + fentanil 4 µg.ml⁻¹

Bupivacaína 0,5% 25 ml + fentanil 20 ml + SF 205 ml → Ritmo 6-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 4 ml; Intervalo 12-15 minutos

Bupivacaína 0,5 mg.ml⁻¹ + morfina 0,04 mg.ml⁻¹

Bupivacaína 0,5% 25 ml + morfina 10 mg (10 ml) + SF 215 ml → Ritmo de 4-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 4 ml; Intervalo 40 minutos

Ropivacaína 1 mg.ml⁻¹ + fentanil 4 µg.ml⁻¹

Ropivacaína 1% 25 ml + fentanil 20 ml + SF 205 ml → Ritmo 6-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 3 ml; Intervalo 12-15 minutos

Cateter torácico para cirurgia torácica

Bupivacaína 0,5 mg.ml⁻¹ + fentanil 4 µg.ml⁻¹

Bupivacaína 0,5% 25 ml + fentanil 20 ml + SF 205 ml → Ritmo 8-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 4 ml; Intervalo 12-15 minutos

Bupivacaína 1 mg.ml⁻¹ + fentanil 4 µg.ml⁻¹

Bupivacaína 0,5% 50 ml + fentanil 20 ml + SF 180 ml → Ritmo 6-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 3 ml; Intervalo 12-15 minutos

Bupivacaína 0,5 mg.ml⁻¹ + morfina 0,04 mg.ml⁻¹

Bupivacaína 0,5% 25ml + morfina 10 mg (10 ml) + SF 215 ml → Ritmo 4-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 4 ml; Intervalo 40 minutos

Ropivacaína 1 mg.ml⁻¹ + fentanil 4 µg.ml⁻¹

Ropivacaína 1% 25 ml + fentanil 20 ml + SF 205 ml → Ritmo 6-10 ml.h⁻¹; *Bolus* de 4 ml; Intervalo 12-15 minutos

RESULTADOS

Os 347 pacientes internados, tratados no hospital Sírio libanês, receberam anestesia geral e/ou anestesia regional e foram descritos demograficamente como: 157 do sexo feminino (45,2%) e 190 do sexo masculino (54,8%), com distribuição etária entre 5 e 86 anos. A representatividade de cada faixa etária foi: crianças (9) 2,6%, adolescentes (15) 4,5%, adultos jovens (167) 48,4% e idosos (156) 45,3% (Tabela II). Quanto aos tipos de procedimentos cirúrgicos (Tabela III) que exigiram cuidados do SDA, 168 (48,6%) foram relativos a intervenções gastrointestinais; vasculares 80 (23,1%); torácicas 37 (10,7%); urológicas 33 (9,9%); ortopédicas 14 (4%); ginecológicas 11 (3,2%) e de cabeça e pescoço 2 (0,6%). Os pacientes com doenças pulmonares pre-existentes ou idosos (mais de 65 anos) receberam menores concentrações e menores doses dos opióides. O ritmo de infusão Peridural de opióide, associado a anestésico local, em cateteres posicionados próximos as incisões cirúrgicas (Quadro II), demonstrou resposta analgésica adequada. O método de ACPP (Quadro II) foi realizado com bupivacaína nas concentrações de 0,05 - 0,1% (0,5 - 1,0 mg.ml⁻¹) associado a fentanil

2-4 µg.ml⁻¹ ou morfina 0,01 mg.ml⁻¹ - 0,04 mg.ml⁻¹. A ropivacaína foi administrada nas concentrações de 0,1 a 1% (1 mg.ml⁻¹). As injeções intermitentes (*bolus*) de morfina pelo cateter peridural (Tabela I) variaram de 1 a 4 mg, de acordo com a idade, intervenção cirúrgica e posição estimada da ponta do cateter. O volume total (anestésico local, opióide e solução fisiológica) de cada bolsa de solução analgésica para ACPP foi de 250 ml. A peridural foi instalada com filtro bacteriano e cateter fixado ao longo da região dorsal dos pacientes com curativo transparente e benjoin sobre a pele para melhor aderência. Nos casos de injeção intermitente (*bolus*) utilizou-se filtro bacteriano e tampa látex para manter o sistema fechado. Em média, os pacientes que receberam analgesia peridural estiveram aos cuidados do SDA por 2,67 dias de tratamento (1 a 14 dias).

Tabela II - Distribuição Etária

Faixa Etária	Percentual
Crianças	9 (2,6%)
Adolescentes	15 (4,5%)
Adultos jovens	167 (48,4%)
Idosos	156 (45,3%)

Tabela III - Procedimentos Cirúrgicos

Cirurgia	Percentual
Gastroenterológica	168 (48,6%)
Vascular	80 (23,1%)
Torácica	37 (10,7%)
Urológica	33 (9,9%)
Ortopédica	14 (4%)
Ginecológica	11 (3,2%)
Cabeça e Pescoço	02 (0,6%)

A solução analgésica venosa (ACPV) preferencial foi realizada com morfina na concentração de $0,3 \text{ mg} \cdot \text{ml}^{-1}$ com intervalos das doses em *bolus* (1 a 2 mg) de 6 a 20 minutos e quando necessária infusão contínua de $0,5$ a $1,0 \text{ mg} \cdot \text{h}^{-1}$. Outras soluções analgésicas utilizadas para ACPV: meperidina na diluição de $5 \text{ mg} \cdot \text{ml}^{-1}$ e fentanil na diluição de $5 \mu\text{g} \cdot \text{ml}^{-1}$, associados a solução fisiológica. A (ACPV) utilizada em 157 pacientes variou entre 1 e 17 dias, com média de 3,32 dias. Houve registro de um caso de analgesia peridural com cateter lombar, acompanhada de hipotensão arterial e bradicardia com bupivacaína (0,1%) associada a fentanil ($4 \mu\text{g} \cdot \text{ml}^{-1}$), tratada com efedrina e solução cristalóide. Bloqueio motor ocorreu em dois pacientes (1,06%), mesmo com baixas concentrações de bupivacaína (0,05%) ou ropivacaína (0,1%). A avaliação da escala numérica visual para analgesia foi considerada satisfatória de acordo com cada uma das soluções empregadas e comparadas as diferentes técnicas e soluções analgésicas.

A escala de sedação (Quadro I) foi considerada útil para avaliação do grau de consciência e despertar dos pacientes, associada à intensidade da analgesia e aos efeitos colaterais. As principais complicações (Tabela IV) mostram que a ACPV foi responsável por náusea e vômito (8,06%), prurido (2,01%), retenção urinária (2,88%), sedação = 2 (4,61%) e depressão respiratória (0,57%); ACPV teve como efeitos colaterais náusea e vômito (12,55%), prurido (5,18%), retenção urinária (8,35%), depressão respiratória (0) e sedação = 2 (0); peridural intermitente (com cateter) apresentou náusea e vômito (12,10%), prurido (15,85%), retenção urinária (3,45%), depressão respiratória (0,57%) e sedação = 2 (3,45%).

Tabela IV - Efeitos colaterais

	ACP Venoso	ACP Peridural	Peridural <i>bolus</i>
Náusea	28 (8,06%)	49 (14,10%)	42 (12,10%)
Prurido	07 (2,01%)	18 (5,18%)	55 (15,85%)
Retenção Urinária	12 (2,88%)	29 (8,35%)	12 (3,45%)
Depressão Respiratória	02 (0,57%)	0	02 (0,57%)
Sedação > 2	16 (4,61%)	0	12 (3,45%)
Outras	0	48 (13,83%)	21 (6,05%)

O tratamento dos efeitos colaterais foi realizado com difenidramina (25 mg) ou nalbufina (1-2 mg) por via venosa para prurido referido como moderado ou intenso; náusea e vômito

com metoclopramida (10 mg) por via venosa lentamente, nalbufina (2,5 mg), droperidol (0,25 mg) ou ondansetron (4 mg) venoso, nesta ordem de preferencia. As complicações (Tabela IV) foram referidas em 73 pacientes (21,03%) dos quais 19 (26,02%) foram tratados.

A analgesia espinal (191), preferencialmente a peridural, apresentou sedação leve. Aqueles com grau de sedação 2, foram mantidos sob vigilância e observação em intervalos reduzidos, além da modificação e redução do ritmo e diluição das soluções analgésicas.

O exame adicional do paciente foi sempre realizado na vigência de falha no alívio da dor e aparecimento de efeitos colaterais, como dor inesperada, instabilidade cardiovascular, refluxo de sangue ou líquido pelo cateter de peridural, sedação excessiva ou depressão respiratória. Sempre que possível, na ausência de contra-indicações, utilizou-se associações com analgésicos não-opioides por via venosa ou oral. As técnicas de analgesia e métodos de infusão das drogas (Tabela V) demonstram os dois métodos mais utilizados, peridural e ACP.

Tabela V - Métodos Utilizados

Método	
Peridural Sacra	02
Peridural Lombar	166
Peridural Torácica	20
Subaracnóidea	03
Venosa	157

DISCUSSÃO

A analgesia espinal, introduzida na prática clínica no princípio da década de 80, deu início à forma atual de tratamento da dor aguda. Nestes vinte anos, embora com avanços da neurofisiologia e do desenvolvimento de novos agentes e técnicas, muitos pacientes ainda não recebem a atenção necessária para o alívio da dor^{6,7}.

Recentemente introduzida no Brasil, a ACP trouxe grande flexibilidade para o tratamento e alívio da dor pós-operatória com opção para analgesia venosa, subcutânea ou peridural. Há três anos o Hospital Sírio Libanês mantém uma enfermeira coordenadora, que estabelece os cuidados de enfermagem para a rotina das avaliações e ajustes dos tratamentos. Desta forma, durante as visitas os médicos têm o mapa de todas as ocorrências registradas. No esquema anterior um grupo de enfermeiras interessadas no tratamento da dor, representava uma atividade paralela e voluntária a suas obrigações determinadas pelo hospital. As diferentes técnicas de analgesia utilizada decorrem da multiplicidade de procedimentos cirúrgicos, com predominância de cirurgias abdominais. O SDA não dispõe ainda de padronização para áreas cirúrgicas específicas. A prescrição diária é realizada pelo Anestesiologista todas as manhãs e, se necessário, intervem nas intercorrências durante todo o período de tratamen-

to, pois o estado geral dos pacientes no pós-operatório imediato pode variar rapidamente.

As modalidades de analgesia mais empregadas por este serviço de tratamento da dor foram a peridural e a analgesia controlada pelo paciente (venosa e peridural), sendo seguras suas utilizações em unidades de internações regulares, como demonstrado por outros autores^{8,9}. Com o intuito de reconhecer as dificuldades para o efetivo tratamento da dor aguda e alcançar a segurança com vigilância constante por parte da enfermagem, consideramos desde o início a importância do treinamento contínuo para evitar medidas contraproducentes.

A sedação, reconhecida como sinal precoce de depressão respiratória, é de fácil verificação e registro pela enfermagem. A incidência de depressão respiratória foi baixa, e está de acordo com a literatura (< 1%). Foi definido como depressão respiratória o paciente que não desperta, mesmo estimulado fisicamente, e com frequência respiratória inferior a 8¹⁰.

Os pacientes que utilizaram ACPV apresentaram rápido controle da dor em relação aos métodos tradicionais^{12,13}, embora a técnica venosa possa ser causa de sonolência e sedação. Adotamos um protocolo para tratamento da depressão respiratória, impresso no planejamento de cuidados de enfermagem. Doses em *bolus* podem ser administradas sempre que haja insuficiente controle da dor, como nas atividades com fisioterapia ou mobilização no leito. Quando a peridural for o método escolhido para ACP, pode-se suspender a infusão contínua e utilizar doses em bolus para facilitar o processo de recuperação.

Pelo exposto entendemos que é possível obter bons resultados na analgesia pós-operatória em um hospital terciário, desde que haja entrosamento entre os Serviços de Anestesiologia, Cirurgia e Enfermagem, disponibilidade para visitas periódicas, treinamento adequado para as pessoas envolvidas e obediência a um protocolo bem elaborado. A incidência de complicações observadas foi semelhante à descrita na literatura e os métodos de tratamentos utilizados mostram que elas não devem ser consideradas como fatores limitantes para a indicação das técnicas de analgesia descritas neste trabalho.

RESUMEN

Valverde Filho J, Ruiz-Neto PP, Freire RCMC, Garcia DM - Análisis Descriptiva de Servicio de Dolor Agudo Pós-Operatoria em Hospital Terciário

Justificativa y Objetivos - Hay pocos servicios de dolor aguda pós-operatoria estructurados en nuestro medio aun cuando su importancia ya esté plenamente demostrada. El objetivo de este estudio es presentar los resultados de la evaluación retrospectiva de 347 pacientes atendidos por el Servicio de Dolor Agudo en un hospital terciário.

Método - Después de la aprobación Institucional fueron analizados retrospectivamente 347 prontuarios, que contienen formularios específicos para anotar el tipo de técnica analgésica utilizada, la calidad de la analgesia, la evolución, la incidencia de efectos adversos y los tratamientos. El periodo estudiado fue de octubre de 1997 a septiembre de 1998.

Resultados - Los métodos más utilizados fueron Analgesia Controlada por el Paciente por vía venosa (ACPV) e por vía peridural (ACPP), con control adecuado de dolor pós-operatoria. Morfina fue el agente más utilizado para la ACPV y bupivacaína asociada al fentanil para ACPP. Para a analgesia peridural intermitente se utilizó morfina. La duración media de los tratamientos fueron para ACPV de 3,32 días y para ACPP de 2,67 días. Los efectos colaterales mas comunes fueron náusea y vómito para la ACPV (8.06%) y ACPP (12,55%); la incidencia de depresión respiratoria fue de 0,57%.

Conclusiones - Los índices de suceso, complicaciones, técnicas utilizadas y recursos humanos disponibles en un hospital terciário privado demostraron que es posible e importante el atendimento a los pacientes en el periodo pós-operatorio con relación al tratamiento de dolor aguda.

REFERÊNCIAS

1. Macrae AW, Davies HTO - Chronic Postsurgical Pain. Epidemiology of Pain. IASP Press, Seattle, 1999;10:125-142.
2. Liu SS, Carpenter RL, Mackey DT et al - Effects of perioperative analgesic technique on rate of recovery after colon surgery. Anesthesiology, 1995;83:757-765.
3. Ready LB, Oden R, Chadwick HS et al - Development of an anesthesiology-based postoperative pain management service. Anesthesiology, 1988;68:100-106.
4. Warfield C, Kahn CH - Acute pain management: programs in US hospitals and experiences and attitudes among US adults. Anesthesiology, 1995;83:1090-1094.
5. Rawal N - 10 years of acute pain services - achievements and challenges. Reg Anesth and Pain Med, 1999;24:68-73.
6. Donovan M, Dillon P, McGuire L - Incidence and characteristics of pain in a sample of medical surgical inpatients. Pain, 1987; 30:69-78.
7. Owen H, McMillan V, Rogowski D - Postoperative pain therapy: a survey of patients expectations and their experiences. Pain, 1990;41:303-307.
8. Ready LB, Loper KA, Nessly M et al - Postoperative epidural morphine is safe on surgical wards. Anesthesiology, 1991;75: 452-456.
9. Maier C, Wawersik J, Wulf H - Results of a questionnaire survey of the practice and organization of postoperative epidural analgesia at 461 anesthesia departments. Reg Anaesth, 1991;14: 61-69.
10. Zimmermann DL, Stewart J - Postoperative pain management and acute pain service activity in Canada. Can J Anaesth, 1993; 40:568-575.
11. Kehlet H - Organizing postoperative accelerated recovery programs. Reg Anesth, 1996;21:149-151.
12. Forrest WH, Smethurst PWR, Kienitz ME - Self administration of intravenous analgesics. Anesthesiology, 1970;33:363-365.
13. Ellis R, Haines D, Shah R et al - Pain relief after abdominal surgery - a comparison of IM morphine, sublingual buprenorphine and self-administered IV pethidine. Br J Anaesth, 1982;54: 421-428.