

Ano Mundial Contra a Dor **Aguda**

PAIN

OUTUBRO 2010 – OUTUBRO 2011

Qual é o problema?

Definição e impacto

A dor aguda é a consciência da sinalização nociva do tecido danificado recentemente, complicada pela sensibilização na periferia e dentro do sistema nervoso central (SNC). Há mudanças de intensidade com processos inflamatórios, cicatrização tecidual e movimento. É considerado um dos pontos chave determinar a causa da dor aguda [3]. Dor, por definição, é subjetiva, mas para a dor aguda os processos fisiológicos latentes envolvendo o sistema nervoso sensorial e autônomo, catecolaminas circulantes, outros hormônios do estresse e respostas inflamatórias são pontos importantes. A resposta inflamatória à lesão tecidual aguda sensibiliza os nociceptores próximos a lesão, assim como as vias do SNC que processam os sinais nocivos.

Na natureza, os sinais de dor aguda no trauma tecidual e a sensibilização inibem o comportamento normal como uma forma de proteção para minimizar riscos e promover a cicatrização do tecido. Apesar de desagradável, a dor aguda promove a sobrevivência. Em condições médicas controladas, como a recuperação de uma cirurgia ou durante procedimentos invasivos, a dor aguda raramente tem um propósito útil e pode ser deletéria.

Os indivíduos variam de forma notável na intensidade da dor em resposta a um procedimento idêntico, lesão ou condição nociva. Genética, epigenética, gênero e história pessoal, todos contribuem para diferenças na sensibilidade à dor. Outros fatores que reforçam as diferenças individuais são o tipo de ferimento ou condição dolorosa, fase de cicatrização das feridas, respostas ao estresse pré-existent, co-morbidades e, em alguns casos, a idade. As variações individuais consideráveis também existem na manipulação do corpo e nas respostas aos medicamentos analgésicos. Os fatores psicológicos, tais como expectativas, depressão e ansiedade ou medo podem exacerbar a intensidade e duração da dor. Os sistemas de crenças pessoais e o significado individual da condição ou evento doloroso podem exacerbar a dor. Os pacientes que exageram os aspectos negativos ou o impacto de suas lesões ou situação ("catastrofização") podem experimentar dores mais severas do que outros. O contexto ou experiência cultural também podem afetar a intensidade e expressão da dor.

TABELA 1: Exemplos de dor aguda

Dor pós operatória
Trauma, queimaduras ou outras lesões e condições que necessitem de visita a emergência
Lesões esportivas
Lesões por overuse e esforço
Mucosite oral em pacientes com câncer que sofrem irradiação para a cabeça e pescoço
Neuropatia periférica induzida por quimioterapia em pacientes com câncer
Procedimentos diagnósticos como as biópsias
Trabalho de parto e parto
Cefaléias agudas
Cólica menstrual
Dor de dente

Espectro do Problema

Somente nos Estados Unidos, mais de 46 milhões de internações e 53 milhões de cirurgias são realizadas anualmente. Mais de 80% dos pacientes submetidos à cirurgia relatam dor pós-operatória [1]. Destes pacientes, 86% dizem que a dor é moderada, severa ou extrema. A maioria desses pacientes apresenta piora do controle da dor após a alta hospitalar. Existem diferenças entre os países.

A dor é o motivo mais freqüente pelo qual os pacientes procuram um departamento de emergência (DE) [8], representando mais de 70% dos atendimentos do DE. Mais de 115 milhões atendimentos no DE ocorrem a cada ano nos Estados Unidos e a cefaléia aguda responde sozinha por 2,1 milhões desses atendimentos [4]. A dor aguda é também um problema comum na prática da medicina da família, medicina do esporte e especialmente na medicina interna.

Apesar dos avanços significativos/substanciais nas pesquisas de dor nas últimas décadas, o controle inadequado da dor aguda é ainda mais regra do que a exceção. Numerosos estudos mostram que menos da metade dos pacientes no pós-operatório recebem alívio adequado da dor [2]. Pacientes apresentados no DE com condições dolorosas significativas não têm melhor sorte. Um grande estudo realizado nos Estados Unidos revelou que o escore de dor média dos pacientes do DE foi de 8 em 10, e na alta, a pontuação média foi 6. Cerca de 41% dos pacientes relataram que a dor aguda não alterou ou aumentou após a visita ao

DE e quase três quartos relataram dor moderada ou severa na alta [7]. Médicos do serviço de emergência tendem a subutilização de medicamentos para a dor.

Consequências da má administração da dor aguda

A dor aguda não controlada leva a mais do que apenas desconforto. A Tabela 2 mostra que a dor aguda tem muitas consequências negativas para o paciente, para os profissionais que cuidam do paciente e para aqueles que gerenciam o hospital ou clínica que lida com a dor aguda. O pobre manejo da dor coloca os pacientes em risco, cria um sofrimento desnecessário e aumenta os custos do atendimento/cuidado.

TABELA 2: Impacto da dor aguda não controlada.
<u>Perspectiva Clínica</u>
A demora na cicatrização da ferida devido ao aumento do tônus simpático
Aumento do índice de insuficiência anastomótica
Aumento do risco de morbidade pulmonar, incluindo pneumonia devido a respiração afetada pela dor
Aumento do risco de trombose
Aumento do risco de mortalidade
Resposta sustentada de estresse hiperadrenérgico com hipertensão
<u>Perspectiva do paciente</u>
Sufrimento desnecessário
Sono afetado
Retenção urinária
Mobilidade ou respiração limitada e baixa autonomia do paciente
Medo e ansiedade
Deficiência total ou parcial desnecessária com perda da produtividade no trabalho
Recuperação da função normal e estilo de vida mais lentos que o necessário
Redução da qualidade de vida durante a recuperação
<u>Perspectiva administrativa</u>
Aumento do tempo de permanência na UTI ou hospital
Altos índices de complicações e custos associados
Aumento do risco de desenvolvimento de dor crônica com consequentes custos de cuidado da saúde
Implicação de que um pobre controle da dor significa pobre qualidade de cuidado/assistência

Os encargos financeiros da dor aguda mal gerenciada

A dor aguda não controlada resulta em um aumento do tempo de permanência no hospital após a cirurgia. Em 2010, a diária média de um hospital nos EUA era de \$ 2129. Se apenas 20 milhões de pacientes cirúrgicos dos EUA ficasse um dia extra no hospital devido à má administração/manejo da dor pós-operatória em 2010, o custo seria equivalente a 42,58 bilhões de dólares. Outros custos incluem as complicações listadas na Tabela 2 e a mobilização tardia de pacientes após cirurgia ou lesão. Uma recuperação mais lenta devido à dor significa mais dias de produtividade no trabalho perdidos. O mal manejo/controle da dor aguda gera deficiências/incapacidades parcial ou total desnecessárias.

A dor aguda geralmente evolui para a dor crônica. A dor persistente segue a dor aguda pós-operatória em 10-50% dos pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos comuns [5,6]. A dor crônica severa desenvolve-se em 2-20% desses pacientes. Novas evidências sugerem que a dor aguda pós-operatória mal controlada é a causa da dor pós-operatória crônica.

Referências

- [1] Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534–40.
- [2] Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain* 2008;136:134–41.
- [3] Chapman, CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *J Pain*; in press.
- [4] Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2008;52:407–36.
- [5] Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent surgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618–25.
- [6] Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer EA. Psychosocial predictors and correlates post-surgical pain (CPSP): a systematic review. *Eur. J Pain* 2009;13:719–30.
- [7] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [8] Todd KH, Miner JR. Pain in the emergency room. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors. *Bonica's management of pain*, 4th edition. Lippincott, Williams and Wilkins; 2010. p 1576–87.
- [9] Yaksh TL. Physiologic and pharmacologic substrates of nociception after tissue and nerve injury. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins & Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 693–751.

