



• FICHA TÉCNICA No. 4

## Dor Crônica Pós-Operatória: Definição, Impacto e Prevenção

Uma definição prática de Dor Crônica Pós-Operatória (DCPO) foi proposta por Macrae [8] e subsequentemente redefinida por Werner [15]:

- Dor persistente por mais de 3 meses após uma cirurgia (vários autores propuseram limites de duração entre 2 e 6 meses).
- Dor não presente antes da cirurgia ou que tem características diferentes ou com aumento de intensidade da dor pré-operatória.
- Dor localizada no sítio cirúrgico ou área referida
- Outras causas de dor foram excluídas (exemplos: recorrência de câncer, infecção).

DCPO se tornou uma prioridade de saúde e está previsto que seja incluída na próxima versão da Classificação Internacional de Doenças, CID-11 [13].

### **Estimativas para a incidência e gravidade da DCPO variam substancialmente dependendo da metodologia de estudo (incluindo como é definida):**

- DCOP ocorre em 1 ou 2 de 10 pacientes cirúrgicos e é intolerável após 1 em 100 procedimentos cirúrgicos. Em um grande estudo observacional, 2,2% dos pacientes pós-operatórios relataram severa DCOP 1 ano após a cirurgia (exemplo: escala de dor numérica maior que 6, numa escala de 0 a 10) [5]
- O tipo de cirurgia influencia tanto a incidência de DCPO (exemplos: 35% após de toracotomia e cirurgia de mama, 20% após artroplastia de joelho, 10% após artroplastia de quadril) quanto a intensidade (exemplos: nas artroplastias a dor é maior que nas cirurgias ginecológicas e viscerais).
- Procedimentos laparoscópicos e abordagens minimamente invasivas estão associados com incidência semelhante de DCPO (colecistectomia, histerectomia) ou tem incidência levemente menor (mastectomia, hérnia inguinal).



International Association for the Study of Pain

**IASP**

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.**

- As taxas de incidência de DCPO são semelhantes em procedimentos comparáveis em pacientes internados ou ambulatoriais [4,7].
- Estimativas detalhadas de intensidade e gravidade de DCPO em algumas populações como crianças ou pacientes com alteração cognitiva ainda não foram realizadas [12].

#### **DCPO tipicamente contem componentes nociceptivos e neuropáticos:**

- Fatores neuropáticos ocorrem em aproximadamente 30% dos pacientes com DCPO e a prevalência varia conforme o tipo de cirurgia (exemplos: maior em toracotomia ou mastectomia, menor após artroplastias de joelho ou quadril) [4,6].
- A prevalência estimada de DCPO depende da ferramenta de triagem utilizada para identificá-la [6].
- Lesão nervosa é um importante, porém não o único, fator de risco para DCPO de caráter neuropático; lesões parciais de nervos devem ser evitadas através de técnicas de incisão com preservação de nervos, quando possível [9].

#### **Prever DCPO pode permitir, em teoria, direcionar a prevenção de indivíduos em risco:**

- Fatores clínicos predizem aproximadamente 70% de risco para DCPO: tipo de cirurgia, idade, estado de saúde física e mental e dor pré-operatória (no sítio cirúrgico ou em outros locais).
- Uma análise prospectiva dos fatores de risco [1] identificou 5 fatores-chave preditivos: carga emocional, ansiedade, distúrbio do sono (incluindo quando se previne ou se trata um dos dois últimos sintomas com medicamentos).
- Uso pré-operatório de opióides aumenta o risco de DCPO com um risco relativo de 2,0 (com intervalo de confiança de 95%, 1,2 a 3,3) [14].
- Dor Pós-Operatória é um importante determinante no desenvolvimento de DCPO, particularmente a duração de dor de alta intensidade no pós-operatório. Exemplificando: o tempo com dor não aliviada ao invés de um único pico de dor severa [5].
- Dor neuropática precoce pode prever DCPO neuropática [9].

No entanto, como em muitos instrumentos clínicos preditivos de risco, os achados acima não tem especificidade ou sensibilidade precisos e são melhores vistos como guias genéricos que como formulas precisas. Até o presente, a busca por fatores de risco genéticos produziu apenas resultados negativos [11].

#### **Prevenção de DCPO [2,3]:**

- Anestesia regional pode reduzir o risco de DCPO em alguns pacientes:
  - Analgesia epidural previne DCPO após toracotomia em 25% dos pacientes
  - Bloqueio paravertebral em câncer de mama pode prevenir DCPO em 20% das pacientes.
- A infusão perioperatória de quetamina tem produzido achados positivos, mas inconsistentes [10].
- Faltam evidências que associação de gabapentinóides tenha efeito significativo.



International Association for the Study of Pain

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.**

## REFERÊNCIAS

1. Ithaus A, Hinrichs-Rocker A, Chapman R, Arranz Becker O, Lefering R, Simanski C, Weber F, Moser KH, Joppich R, Trojan S, Gutzeit N, Neugebauer E. Development of a risk index for the prediction of chronic post-surgical pain. *Eur J Pain* 2012;16:901–10.
2. Andrae MH, Andrae DA. Local anaesthetics and regional anaesthesia for preventing chronic pain after surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD007105.
3. Chaparro LE, Smith SA, Moore RA, Wiffen PJ, Gilron I. Pharmacotherapy for the prevention of chronic pain after surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD008307.
4. Duale C, Ouchchane L, Schoeffler P, Group EI, Dubray C. Neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: a French multicenter survey with a 6-month prospective follow-up. *J Pain* 2014;15:24:e21–24.e20.
5. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, Kranke P, Komann M, Lehman T, Meissner W, euCPSP for the Clinical Trial Network group of the European Society of Anaesthesiology. Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study. *Eur J Anaesthesiol* 2015;32:725–34.
6. Haroutiunian S, Nikolajsen L, Finnerup NB, Jensen TS. The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *Pain* 2013;154:95–102.
7. Hoofwijk DM, Fiddlers AA, Peters ML, Stessel B, Kessels AG, Joosten EA, Gramke HF, Marcus MA. Prevalence and predictive factors of chronic postsurgical pain and poor global recovery 1 year after outpatient surgery. *Clin J Pain* 2015;31:1017–25.
8. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth* 2008;101:77–86.
9. Martinez V, Ben Ammar S, Judet T, Bouhassira D, Chauvin M, Fletcher D. Risk factors predictive of chronic postsurgical neuropathic pain: the value of the iliac crest bone harvest model. *Pain* 2012;153:1478–83.
10. McNicol ED, Schumann R, Haroutiunian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent postsurgical pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014;58:1199–213.
11. Montes A, Roca G, Sabate S, Lao JI, Navarro A, Cantillo J, Canet J, Group GS. Genetic and clinical factors associated with chronic postsurgical pain after hernia repair, hysterectomy, and thoracotomy: a two-year multicenter cohort study. *Anesthesiology* 2015;122:112341.
12. Nikolajsen L, Brix LD. Chronic pain after surgery in children. *Curr Opin Anaesthesiol* 2014;27:507–12.
13. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JW, Wang SJ. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;156:1003–7.
14. VanDenKerkhof EG, Hopman WM, Goldstein DH, et al. Impact of perioperative pain intensity, pain qualities, and opioid use on chronic pain after surgery: a prospective cohort study. *Reg Anesth Pain Med* 2012;37:19–27.
15. Werner MU, Kongsgaard UE. I. Defining persistent post-surgical pain: is an update required? *Br J Anaesth* 2014;113:1–4.



International Association for the Study of Pain

**IASP**

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.**

## AUTORES

Patricia Lavand'homme, MD, PhD  
Departamento de Anestesiologia e Serviço de Dor Pós-Operatória  
Hospital Universitários Saint Luc  
Universidade Católica de Louvain  
Bruxelas, Bélgica

Esther Pogatzki-Zahn, Prof. Dr.med.  
Departament de Anestesiologia, Medicina Intensiva e Medicina da Dor  
Hospital Universitário de Muenster  
Campus Albert-Schweitzer  
Muenster, Alemanha

## REVISORES

Mikito Kawamata, MD  
Professor e Chefe do Departamento  
Departamento de Anestesiologia e Ressucitação  
Faculdade de Medicina da Universidade de Shinshu  
Asahi, Matsumoto, Japão

Ewan McNicol, PharmD, MS, PREP  
Professor associado de Anestesiologia  
Departamentos de Anestesiologia e Medicina Pré-Operatória e de Farmácia  
Centro Médico Tufts  
Boston, Mass. EUA

## TRADUTOR

Renato Silva Martins, MD  
Médico fisiatra assistente do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)  
Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA) / Rede Lucy Montoro  
São Paulo, São Paulo, Brasil



International Association for the Study of Pain

**IASP**

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

### **Sobre a International Association for the Study of Pain®**

IASP é um fórum profissional líder para ciência, práticas e educação no campo da dor. [A adesão é aberta para todos os profissionais](#) envolvidos em pesquisa, diagnóstico, ou tratamento da dor. A IASP tem mais de 7.000 membros em 133 países, 90 capítulos nacionais, e 20 Grupos de Interesse Especial.

Como parte do Ano Mundial de Combate a Dor Pós-Operatória, a IASP oferece uma série de Fichas Técnicas que cobrem tópicos específicos relacionados com Dor Pós-Operatória. Estes documentos foram traduzidos em diversos idiomas e estão disponíveis para *download* gratuito. Visite [www.iasp-pain.org/globalyear](http://www.iasp-pain.org/globalyear) para mais informações.



International Association for the Study of Pain

**IASP**

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.**