Avaliação da dor no pós-operatório imediato de herniorrafias inguinais

Evaluation of immediate postoperative pain in patients submitted to inguinal hernia repair surgery

ANDRÉ FELIPE MAZULLO CERNICCHIARO – Acadêmico do décimo segundo semestre de Medicina da Universidade Luterana do Brasil. Estudante de Medicina.
LEANDRO TOTTI CAVAZZOLA – Pós-Doutorado em Cirurgia Minimamente Invasiva pela Case Western Reserve University em Cleveland – Ohio, Mestre e Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor Adjunto da Universidade Luterana do Brasil.
FERNANDO ROGÉRIO BELLONY FARIAS – Mestre em Medicina pela FFFCMPA. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Membro Titular da Sociedade de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Chefe do serviço de Cirurgia Digestiva da Universidade Luterana do Brasil.
LEANDRO CÉSAR DIAS GOMES – Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Professor Adjunto de Cirurgia Geral e Cirurgia do Trauma da Universidade Luterana do Brasil.
OSVALDO NETO – Acadêmico do décimo segundo semestre do curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil.
JULIANO HERMES MAESO MONTES – Acadêmico do sétimo semestre do curso de medicina da Universidade Luterana da Brasil.

Universidade Luterana do Brasil.

✉ Endereço para correspondência:
André Felipe Mazullo Cernicchiaro
Praça Almirante Tamandaré, nº 46/301
90460-180 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 2111-7734/(51) 8120-8613
andre-fmc@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Dor no pós-operatório imediato de herniorrafias inguinais é um achado comum à realização do procedimento. Dessa forma, sua avaliação após a cirurgia de correção de hérnia, seja pela técnica videolaparoscópica ou pela técnica de Lichtenstein, é de extrema importância para auxiliar o cirurgião na escolha do procedimento mais adequado para cada situação. **Objetivo:** Avaliar a intensidade da dor no pós-operatório imediato do reparo cirúrgico das hérnias inguinais, comparando a técnica de Lichtenstein com a cirurgia videolaparoscópica. **Material e métodos:** O trabalho foi realizado prospectivamente utilizando-se um protocolo previamente desenvolvido pelo autor com a utilização de uma Escala Análogo-Visual (EAV). Os pacientes dos dois grupos (cirurgia convencional e cirurgia videolaparoscópica) foram pareados por faixa etária, sexo e Índice de Massa Corporal (IMC). Através da EAV, os pacientes determinavam a intensidade da dor (0 – 10) no pós-operatório imediato (24 horas após a realização do procedimento). A análise dos dados foi feita através do Teste t de Student. **Resultados:** Foram analisados 62 pacientes, no entanto 22 foram excluídos pela impossibilidade de pareamento. Os 40 pacientes participantes deste estudo foram pareados por faixa etária, sexo e IMC. No grupo de pacientes que realizou a técnica de Lichstenstein (20 pacientes), a nota média para avaliação da dor foi de 3,9, enquanto que no grupo que realizou a cirurgia por vídeo (20 pacientes) teve uma média de 4,1. **Conclusão:** No presente estudo não há diferença entre a intensidade de dor causada pelo procedimento convencional e videolaparoscópico após 24 horas da realização da cirurgia.

UNITERMOS: Hérnia Inguinal, Avaliação da Dor, Tratamento Cirúrgico.

ABSTRACT

Introduction: *Pain in the immediate postoperative period of inguinal hernia repair surgery is a common finding among operated patients. Thus, its evaluation after the surgeries carried out by either videolaparoscopy or the Lichtenstein technique is extremely important in helping the surgeon to choose the most adequate procedure for each situation.* ***Objective:*** *To evaluate pain intensity in the immediate postoperative period of inguinal hernia repair surgery, comparing the Lichtenstein technique and videolaparoscopic surgery.* ***Material and Methods:*** *This work was performed prospectively through a protocol previously developed by the author using a Visual Analog Scale (VAS). The patients of the two groups (conventional surgery and videolaparoscopic surgery) were paired by age, sex, and Body Mass Index (BMI). Through the VAS the patients rated pain intensity (0-10) in the immediate postoperative period (within 24h after the procedure). Data were analyzed through the Student's t-test.* ***Results:*** *Sixty-two patients were initially evaluated, but 22 were excluded because they were unable to be paired. The 40 remaining participants were paired by age, sex and BMI. In the group submitted to the Lichstenstein technique (20 patients), the mean rating for pain was 3.9, while the group who used videolaparoscopy (20 patients) had a mean rating of 4.1.* ***Conclusion:*** *In the present study there was no difference in pain intensity resulting from the conventional and videolaparoscopic procedures within 24h after the procedure.*

KEYWORDS: *Inguinal Hernia, Pain Evaluation, Surgical Treatment.*

INTRODUÇÃO

A avaliação da dor nos pacientes submetidos a herniorrafia inguinal constitui-se de um grande desafio, dada a sua alta complexidade e subjetividade (1). Assim, as Escalas Análogo-Visuais de dor atuam como importantes instrumentos para tornar essa manifestação mais objetiva (2, 3, 4). A dor pós-operatória é, ainda hoje, uma das situações mais comuns e prevalentes na prática diária (5). É aceito que ela contribua para um aumento da morbidade e do tempo de recuperação do doente,

Recebido: 16/10/2008 – Aprovado: 23/10/2008

06-222_avaliação da dor no pós-operatório.pm6 257 18/12/2008, 15:38

repercutindo em diversos sistemas no organismo, tais como respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, endocrinológico, metabólico e psicológico. Sendo assim, através da utilização de escalas análogo-visuais, podemos quantificar a dor nesses pacientes (6), comparando qual procedimento, convencional ou videolaparoscópico, causa menos dor quando realizado num hospital terciário. Assim, uma avaliação álgica mais precisa permitirá ao cirurgião indicar o melhor procedimento disponível para cada paciente, visando, acima de tudo, a uma recuperação mais digna e humana. O presente estudo visa a quantificar a dor no pós-operatório imediato (24 horas após a realização do procedimento) e comparar sua intensidade nos pacientes que tiveram sua cirurgia realizada de modo convencional (Lichtenstein) e nos pacientes que foram operados com videolaparoscopia (TAPP).

MATERIAIS E MÉTODO

Foram avaliados prospectivamente 62 pacientes submetidos ao reparo cirúrgico de hérnia inguinal em dois hospitais do Complexo Hospitalar Ulbra (Hospital Luterano e Hospital Universitário Canoas) entre os meses de agosto de 2007 e janeiro de 2008. Todos os pacientes foram avaliados, mediante o uso de um protocolo previamente desenvolvido, no dia da realização do procedimento. Após 24 horas, eram reavaliados, utilizando-se uma Escala Análogo-Visual (apêndice A) em que o pacientes quantificava a intensidade de sua dor.

Os pacientes foram divididos em dois grupos e foram pareados em relação à faixa etária e ao Índice de Massa Corporal. Devido à impossibilidade de pareamento, 22 pacientes, incluindo todas as mulheres, foram excluídos deste estudo. O grupo I, composto de 20 pacientes, realizou a correção por meio do vídeo (TAPP) e o grupo II, também composto de 20 integrantes, realizou a hernioplastia pelo método convencional através da utilização da técnica de Lichtenstein.

Todos os pacientes do grupo I receberam anestesia geral, enquanto que no grupo II, todos foram submetidos à raquianestesia. A analgesia no pós-operatório foi padronizada para todos, utlizando-se dipirona 500 mg endovenoso de 6/6 horas, cetoprofeno 100 mg endovenoso 12/12 horas e caso houvesse dor forte, morfina 3 mg endovenosa de 4/4 horas. Os critérios de exclusão deste estudo eram pacientes com idade menor do que 18 anos, portadores de dor crônica e aqueles que eram classificados como classe III de acordo com a American Society of Anesthesiologist.

Trata-se de um estudo tipo caso-controle em que o tipo de cirurgia é o fator em estudo e a intensidade da dor 24 horas após a realização do procedimento é o desfecho. No entanto, outras características de ambos os grupos foram avaliados como posicionamento das hérnias (direita X esquerda X bilateral), tipo (direta X indireta X mista), complicações, primárias ou recidivadas.

Por tratar-se de um estudo não-intervencionista e que não identifica os pacientes, este trabalho não apresenta nenhum risco à população estudada. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil, sendo aprovado pelo mesmo.

Para análise da casuística e dos resultados foi utilizado o teste T de Student. O nível de significância foi de 5% ($p = 0,05$).

RESULTADOS

Numa tentativa de tornar os grupos o mais homogêneo possível, realizou-se a exclusão de todos os pacientes do sexo feminino e o pareamento quanto à faixa etária e ao Índice de Massa Corporal.

Tabela 1 – Variáveis Sociodemográficas

	Grupo I n = 20		Grupo II n = 20		Total n = 40	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	20	100,0	20	100,0	40	100,0
Faixa etária						
20 – 29 anos	1	5,0	1	5,0	2	5,0
30 – 39 anos	3	15,0	3	15,0	6	15,0
40 – 49 anos	4	20,0	4	20,0	8	20,0
50 – 69 anos	11	55,0	11	55,0	22	55,0
> 70 anos	1	5,0	1	5,0	2	5,0
Índice de Massa Corporal						
1 – Abaixo do peso (< 18,5 kg/m²)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 – Peso normal (18,5-24,9 kg/m²)	7	35,0	7	35,0	14	35,0
3 – Sobrepeso (25-29,9 kg/m²)	11	55,0	11	55,0	22	55,0
4 – Obesidade grau I (30-34,9 kg/m²)	2	10,0	2	10,0	4	10,0
5 – Obesidade grau II (35-39,9kg/m²)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 – Obesidade grau III (> 40,0 kg/m²)	0	0,0	0	0,0	0	0,0

06-222_avaliação da dor no pós-operatório.pmd 258 18/12/2008, 15:38

Tabela 2 – Comparação entre as médias de intensidade de dor por tipo de cirurgia

Tipo de cirurgia	n	Média de intensidade	Desvio-padrão	p-valor
VLP*	20	4,11	1,41	0,95
Convencional	20	3,90	2,10	

* videolaparoscopia.

Tabela 3 – Características da amostra

	Grupo I n = 20		Grupo II n = 20		Total n = 40	
	N	%	N	%	N	%
Tipo de hérnia						
Direta	10	50,0	8	40,0	18	45,0
Indireta	7	35,0	8	40,0	15	37,5
Mista	3	15,0	4	20,0	7	17,5
Posição da hérnia						
Direita	5	25,0	13	65,0	18	45,0
Esquerda	5	25,0	5	25,0	10	25,0
Bilateral	10	50,0	2	10,0	12	30,0
Hérnia recidivada						
Não	15	75,0	18	90,0	33	82,5
Sim	5	25,0	2	10,0	7	17,5
Complicações						
Nenhuma	18	90,0	20	100,0	38	95,0
Enfisema escrotal	2	10,0	0	0,0	2	5,0
Classificação da dor						
Dor leve (1, 2, 3)	7	35,0	12	60,0	19	47,5
Dor moderada (4, 5, 6, 7)	13	65,0	7	35,0	20	50,0
Dor intensa (8, 9, 10)	0	0,0	1	5,0	1	2,5

A Tabela 1 mostra as características da amostra estudada.

O tempo médio de duração das cirurgias no grupo I foi de 98,63 minutos. Já no grupo II, o tempo médio foi de 101 minutos, não tendo diferença significativa (P>0,05), considerando-se um nível de significância de 5%.

A Tabela 2 mostra que embora a média da intensidade da dor 24 horas após a realização do procedimento tenha sido maior no grupo I, de acordo com o teste T de Student, considerando o nível de significância de 5%, não houve diferença significativa (p>0,05) entre os dois grupos estudados.

A Tabela 3 mostra as características de ambos os grupos e suas principais diferenças.

Em relação ao posicionamento das hérnias, 50% (n=10) eram unilaterais no grupo I, enquanto que no grupo II 90% (n=18) eram unilaterais. Dessa forma, realizou-se uma nova comparação entre os dois grupos, utilizando-se somente pacientes com hérnias unilaterais como mostra a Tabela 4.

A média de dor do grupo "VLP" foi de 4,1 e no grupo "convencional" foi de 4,1 (p=0,95). Assim como a análise anterior, este resultado não detectou diferença estatisticamente significativa para a média de "dor" entre os grupos da variável "cirurgia".

Seguindo no grupo da videolaparoscopia, realizou-se a comparação na intensidade de dor entre os pacientes que tinham hérnias bilaterais e aquelas pacientes que tinham somente em um lado, como mostra a Tabela 5.

Entre os pacientes submetidos ao procedimento endoscópico, a média de dor do grupo unilateral foi de 4,1, enquanto a média do grupo bilateral foi de 4 (p=0,87).

CONCLUSÃO

A dor no pós-operatório causa um impacto relevante nos pacientes que são abordados cirurgicamente e seu controle é fundamental para amenizar o sofrimento e possibilitar uma recuperação mais rápida e eficaz (6). O propósito deste estudo foi comparar a intensidade da dor 24 horas após a realização da herniorrafia por Lichtenstein e TAPP.

Sendo o Complexo Hospitalar ULBRA um serviço de saúde de referência, as herniorrafias pela técnica de Lichtenstein foram realizadas por médicos residentes do Serviço de Cirurgia Geral, enquanto que os pacientes submetidos à VLP foram operados por médicos residentes do Serviço de Cirurgia Digestiva.

No presente estudo não há diferença entre a intensidade de dor causada pelo procedimento convencional e videolaparoscópico após 24 horas da realização da cirurgia. Deve-se ressaltar que são necessários mais estudos com um número maior de pacientes para que estes achados possam ser extrapolados para a população em geral, pois, apesar do pareamento realizado, o pe-

Tabela 4 – Comparação entre as médias de intensidade de dor por tipo de cirurgia entre os pacientes com hérnias unilaterais

Tipo de cirurgia	n	Média de intensidade	Desvio-padrão	p-valor
VLP	10	4,10	1,52	0,95
Convencional	18	4,06	2,15	

Tabela 5 – Comparação entre as médias de intensidade de dor por posicionamento de hérnia entre os pacientes que realizaram videolaparoscopia

Posicionamento	n	Média de intensidade	Desvio-padrão	p-valor
Unilateral	10	4,00	1,25	0,87
Bilateral	10	4,19	1,55	

06-222_avaliação da dor no pós-operatório.pmd 259 18/12/2008, 15:38

ANEXO A

FICHA DE AVALIAÇÃO



ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA

Data: ___/___/____.

Nome: _____.

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: ____anos.

Peso: _____. Altura: _____. IMC: _____.

Cirurgia: ( ) Convencional ( ) Vídeo

Horário de início: ___:___.
Horário de término: ___:___. Tempo total de cirurgia: ___:___.

Tipo de anestesia: _____.

Hérnia: ( ) Direta ( ) Indireta ( ) Mista
( ) Direita ( ) Esquerda ( ) Bilateral
( ) Primária ( ) Recidivada

Complicação: ( ) Sim. ( ) Não. Se sim, qual: _____.

Uso de morfina: ( ) Sim. ( ) Não. Se sim, quantas vezes: _____.

Avaliação da dor 24 horas após o procedimento: _____.

queno número de indivíduos arrolados para este trabalho não permite conclusões definitivas sobre o tema.

Em nosso meio, existe uma carência de estudos que documentem a avaliação de dor no pós-operatório imediato de hérnias inguinais, principalmente estudos comparativos entre técnicas cirúrgicas. De acordo com um estudo realizado na Turquia, Anadol AZ et al (7), a intensidade de dor 24 horas após a realização do procedimento foi maior nos pacientes que foram submetidos à técnica de Lichtenstein, reforçando que procedimentos endoscópicos causam menos dor (8, 9).

Neste estudo, nenhum dos pacientes do grupo I ou do grupo II recebeu morfina, sendo utilizada apenas a analgesia padrão com dipirona e cetoprofeno. Baseando-se nos escores de dor adquiridos através da utilização da Escala Análogo-Visual, não houve diferença entre os dois grupos estudados, embora o grupo da VLP tivesse mais pacientes com hérnias bilaterais. Para evitar esse fator de confusão, realizou-se uma comparação entre os dois grupos, utilizando-se somente pacientes com hérnias unilaterais. Da mesma forma que na análise anterior, não houve diferença na intensidade da dor. Numa última análise, comparou-se a dor entre os pacientes que tinham hérnias unilaterais com os pacientes que tinham hérnias bilaterais dentro do grupo do procedimento endoscópico. Os resultados mostraram que também não houve diferença estatisticamente significativa, o que sugere que num procedimento endoscópico a colocação de tela bilateralmente não acrescenta mais dor no pós-operatório em relação à colocação de tela em apenas um lado.

No grupo I, técnica de Lichtenstein, a média de dor foi de 3,90, enquanto que no grupo II, da VLP, a média foi de 4,11. Mesmo o grupo II, apresentando uma média de dor maior, p-valor foi superior a 0,05, considerando o nível de significância de 5%, demonstra que do ponto de vista estatístico os grupos não são diferentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCarthy M Jr, Chang C-H, Pickard A, et al. Visual analog scales for assessing surgical pain. J Am Coll Surg 2005; 201: 245-252.
2. Myles PS, Troedel S, Boquest M, Reeves M. The pain visual analog scales: it linear or nonlinear? Anesth Analog 1999; 89: 1517-1520.
3. Bodian CA, Freedman G, Hossain S, et al. The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. Anesthesiology 2001; 95: 1356-1361.
4. Ohnhaus EE, Adker R. Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analog scale. Pain 1975; 1: 379-384.
5. Kehlet H et al. Postoperative opioid analgesia: time for a reconsideration. J Clin Anesth 1996; 8:441-445.
6. Serrano SC, Júnior JO. Noções básicas sobre analgesia no paciente cirúrgico. Revista clínica e terapêutica. 2006 abril v. 32.
7. Anadol AZ, Ersoy E, Taneri F, Tekin E. Outcome and Cost Comparison of Laparoscopic Transabdominal Preperitoneal Hernia Repair versus Op Lichtenstein Technique. J Lap Adv Surg Tech. 2004; 14, p. 159-163.
8. Chung RS, Rowland DY. Meta-analyses of randomized controlled trials of laparoscopic vs conventional inguinal hernia repairs. Surg Endosc 1999; 13: 689-694.
9. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. An analytic comparison of laparoscopic hernia repair with open "tension free" hernioplasty. Int Surg 1995; 80: 9-17.

06-222_avaliação da dor no pós-operatório.pm6 260 18/12/2008, 15:38