

Durerea acută postoperatorie

Acute postoperative pain

Dr. Adriana Alexandra BRĂDIȘ¹, Șef Lucr. Dr. Adrian Daniel TULIN^{1,2}, Stud. An V Erick NESTIANU²,
Prof. Dr. Ioana Anca BĂDĂRĂU²

¹Spitalul Clinic de Urgență „Prof. Dr. Agrippa Ionescu”, București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Durerea acută postoperatorie este o experiență personală neplăcută care în absența tratamentului adecvat are efecte fiziologice și psihologice negative cu creșterea morbidității și mortalității postoperatorii. Durerea acută este unul dintre factorii care întârzie recuperarea postoperatorie și crește riscul apariției durerii cronice. Evaluarea intensității durerii se face folosind scalele de evaluare a durerii. Managementul durerii cuprinde tehnicile de prevenție a durerii, prin modularea fenomenului de sensibilizare centrală și tehnicile de analgezie multimodală reprezentată de administrarea a 2 sau mai mulți agenți farmacologici cu mecanisme de acțiune diferită pentru a obține un efect analgetic superior. Tratamentul adecvat al durerii favorizează recuperarea rapidă postoperatorie și scade incidența apariției durerii cronice.

Cuvinte cheie: durere acută postoperatorie, analgezie de prevenție, analgezie multimodală, durere cronică

ABSTRACT

Acute postoperative pain is a personal unpleasant sensory and emotional experience with negative physiological and psychological effects. Severe acute pain may increase postoperative morbidity and mortality and is a risk factor for chronic pain incidence. We evaluate pain intensity using pain scales. Pain management includes preventive analgesia who interacts and modulates central sensitization response and multimodal analgesia which uses two or more different analgesic mechanisms agents for a superior analgesic effect. Effective pain management provide early postoperative recovery and decrease the incidence of chronic pain.

Keywords: acute postoperative pain, preventive analgesia, multimodal analgesia, chronic pain

INTRODUCERE

Durerea este o experiență personală, subiectivă, neplăcută, senzorială și emoțională asociată cu o leziune tisulară acută sau potențială, conform definiției Asociației Internaționale pentru Studiul Durerii (IASP 1979). Anual, în Uniunea Europeană, se estimează că un număr de 40 de milioane de pacienți sunt supuși unei intervenții chirurgicale. Dintre aceștia, cca 30% prezintă riscul de apariție a durerii cronice postoperatorii, proporția fiind variabilă în funcție de

factorii de risc asociați, precum tipul intervenției chirurgicale, prezența durerii cronice preoperator sau persistența pe un interval lung de timp a durerii acute severe postoperatorii. (1,2)

COMPLICAȚIILE DURERII ACUTE SEVERE (CONSECINȚE FIZIOLOGICE POZITIVE ȘI NEGATIVE)

Durerea acută are și un rol fiziologic pozitiv. Ea semnalizează prezența unei leziuni tisulare și prin imobilizare favorizează vindecarea tisulară.

Adresă de corespondență:

Adriana Alexandra Brădiș, Spitalul Clinic de Urgență „Prof. Dr. Agrippa Ionescu”, Strada Ion Mincu nr. 7, Bucuresti
E-mail: adrianatudor2000@yahoo.com

Printre consecințele fiziologice negative ale durerii se regăsesc:

- la nivelul aparatului cardio-vascular: tahicardie, hipertensiune arterială, creșterea rezistenței vasculare periferice ce duce la creșterea consumului miocardic de oxigen și risc de ischemie miocardică;
- risc crescut de tromboze venoase și tromboembolism prin imobilizare, stază venoasă și activarea coagulării;
- disfuncție diafragmatică, reducerea tusei, scăderea volumelor pulmonare ce favorizează procesul de atelectazie și de retenție a secrețiilor bronșice;
- scade evacuarea gastrică și scade motilitatea intestinală;
- retenție urinară;
- efecte metabolice și endocrine: crește eliberarea de ADH, aldosteron, renină, angiotensină, cortizol, glucagon, STH și catecolamine, scade nivelurile de insulină și testosteron ce are ca efect accentuarea catabolismului proteic, alterarea vindecării plăgilor, alterarea funcției imune, creșterea ratei metabolice;
- durere cronică.

La acestea se adaugă și modificările psihologice precum fatigabilitate, anxietate, tulburări ale somnului. (3)

METODE DE EVALUARE A INTENSITĂȚII DURERII

În anul 2000 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation (JCAHO) a decis înregistrarea intensității durerii alături de celelalte semne vitale, atribuind o semnificație înaltă importanței evaluării intensității durerii în scopul de a îmbunătăți managementul durerii acute. (4)

Evaluarea intensității durerii se face folosind unelte specifice și anume scalele de evaluare a durerii. Acestea sunt de tip categoric (scala verbală de evaluare) sau de tip numeric (scala numerică de evaluare, scala vizuală analogă). (5,6)

Informarea și pregătirea personalului medical implicat în îngrijirea perioperatorie a pacientului asupra tehnicilor și mijloacelor de analgezie disponibile în unitatea medicală reprezintă un factor important ce asigură succesul tratamentului durerii.

TRATAMENTUL DURERII

Un rol important în managementul durerii îl are informarea preoperatorie a pacientului asu-

pra metodelor de evaluare și tratament a durerii, despre scopul tratamentului (ameliorarea durerii) și despre participarea pacientului la tratament.

Leziunea tisulară induce modificări de plasticitate neuronală, cu sensibilizare nervoasă periferică și centrală ceea ce duce la apariția fenomenului de alodinie (durere la un stimul nedureros) și de hiperalgezie (răspuns dureros exagerat la un stimul dureros normal). (7)

Analgezia de prevenție este reprezentată de totalitatea mijloacelor terapeutice de prevenire sau atenuare a acestui fenomen de sensibilizare centrală la durere. Ketamina în doza subanestezică, administrată preoperator, are efecte analgezice, iar prin blocarea receptorilor NMDA poate inhiba fenomenul de sensibilizare centrală. (8)

Unele studii au raportat că administrarea preoperatorie de pregabalin, gabalin sau NSAIDs a avut ca efect scăderea consumului de opioizi postoperator și scăderea intensității durerii la mobilizare în perioada postoperatorie. (9-11)

Analgezia multimodală înseamnă asocierea dintre NSAIDs, inhibitor de COX2, sau paracetamol cu un opioid pentru a reduce consumul de opioizi și efectele adverse (12-14). Asocierea cu un bloc regional (analgezie nevraxială sau bloc de nervi periferici) permite, de asemenea, scăderea consumului de opioizi și a reacțiilor adverse asociate cu aceștia (greață, vărsături, sedare, apnee, risc de dependență). (15)

Tratamentul durerii necesită adaptarea în permanență a schemei terapeutice la necesitățile pacientului, prin evaluarea frecventă a intensității durerii acute atât în repaus, cât și la efort.

CONCLUZII

Tratamentul adecvat al durerii se reflectă asupra gradului de satisfacție al pacientului. Scăderea intensității durerii are consecințe favorabile asupra altor parametri postoperatori și anume vindecarea plăgii, reluarea mișcărilor active, reducerea duratei spitalizării și a costurilor asociate îngrijirilor de sănătate, recuperarea mai rapidă a capacității de muncă.

Tendențele actuale sunt de a asigura îngrijiri de sănătate la standarde înalte cu eficientizarea costurilor, ceea ce se poate realiza printr-o cunoaștere detaliată a tuturor aspectelor legate de terapia durerii și a consecințelor negative ale durerii acute postoperatorii.

BIBLIOGRAFIE

1. **Fletcher D., Stamer U.M., Pogatzki-Zahn E. et al.** Chronic postsurgical pain in Europe. *EJA* 2015; 32:725-734.
2. **Taguchi Y., Komatsu S., Sakamoto E. et al.** Laparoscopic versus open surgery for complicated appendicitis in adults: a randomized controlled trial. *Surg Endosc* 2016; May;30(5):1705-12.
3. **Dashfield A.** Acute pain In: Allman K., Wilson I., O'Donnell A. *Oxford Handbook of Anaesthesia*, 3rd ed. Oxford University Press Inc., New York; 2011:1089-1111.
4. **Phillips D.M.** JCAHO pain management standards are unveiled. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *JAMA* 2000; 284:428-429
5. **Seng E., Kerns R.D., Heapy A.** Psychological and Behavioral Assessment In: Benzon H.T., Rathmell J.P., Wu C.L., Turk D.C., Argoff C.E., Hurley R.W. *Practical Management Of Pain*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2014:243-256.
6. **MacIntyre P.E., Scott D.A. Schug S.A., Visser E.J., Walker S.M.** Acute Pain Management: Scientific Evidence. 3rd ed. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, 2010.
7. **Macres S.M., Moore P.G., Fishman S.M.** Perioperative pain management In: Barash P.G., Cullen B.F., Stoelting R.K., Cahalan M.K., Stock M.C. *Clinical Anesthesia*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:1473-1504.
8. **White P.F., Eng M.R.** Intravenous anesthetics In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC. *Clinical Anesthesia*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:444-464.
9. **Gelir I.K., Gulek S., Ceyhan D.** Preventive effect of dexketoprofen on postoperative pain. *Agri*. 2016; 28(2): 67-71.
10. **Menigaux C., Adam F., Guignard B. et al.** Preoperative gabapentin decreases anxiety and improves early functional recovery from knee surgery. *Anesth Analg*. 2005; 100:1394-1399.
11. **Baidya D.K., Agarwal A., Khanna P. et al.** Pregabalin in acute and chronic pain. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011; 27:307-314.
12. **Elvir-Lazo O.L., White P.F.** The role of multimodal analgesia in pain management after ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2010; 26:697-703.
13. **Kehlet H.** Multimodal approach to postoperative recovery. *Curr Opin Crit Care*. 2009; 15:355-358.
14. **Ong C.K., Seymour R.A., Lirk P. et al.** Combining paracetamol (acetaminophen) with nonsteroidal antiinflammatory drugs: a qualitative systematic review of analgesic efficacy for acute postoperative pain. *Anesth Analg*. 2010; 110:1170-1179.
15. **Hanna M.N., Ouanes J.P.P., Tomas V.G.** Postoperative Pain and Other Acute Pain Syndromes In: Benzon HT, Rathmell JP, Wu CL, Turk DC, Argoff CE, Hurley RW. *Practical Management Of Pain*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2014:271-297.

Vizitați site-ul revistei
PRACTICA MEDICALĂ
 pm.medica.ro