

Prevalência de dor fantasma, sensação fantasma e dor no membro residual após amputação: revisão sistemática

Pedro Preto¹; Matilde Martins¹; Ilda Barreira²

1- Escola Superior de Saúde de Bragança

2- Unidade Local de Saúde do Nordeste



Palavras-chave: Amputação; Membro fantasma; Prevalência; Revisão sistemática

Introdução

A dor no membro fantasma (DF), sensação fantasma (SF) e dor do membro residual (DMR) são situações comuns em amputados dos membros inferiores e superiores, podendo interferir com o tratamento, a reabilitação e a qualidade de vida. Tendo em conta que a dor pós amputação se repercute no processo de reabilitação, adaptação à prótese e qualidade de vida o estudo da sua prevalência poderá contribuir para a compreensão da magnitude dos seus efeitos. O nosso principal objetivo foi determinar a prevalência de DF, SF e DMR entre os pacientes submetidos a cirurgia de amputação dos membros superiores ou inferiores.

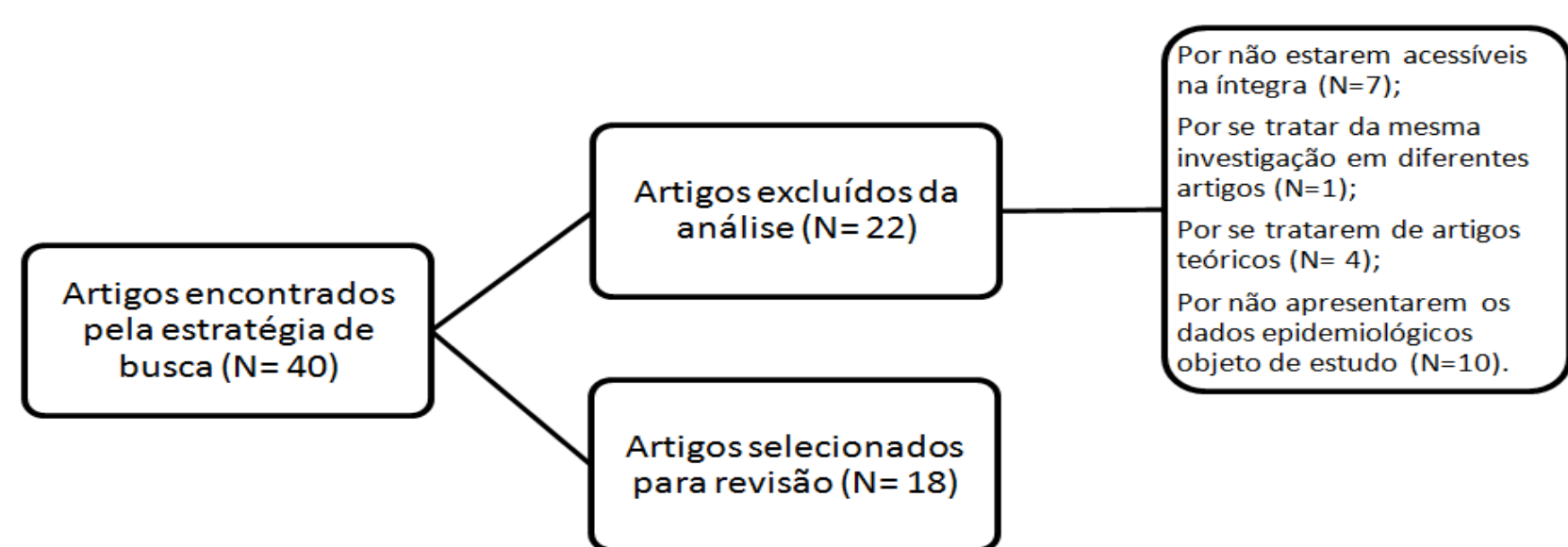
Métodos

Revisão sistemática da literatura a partir de artigos científicos indexados à base de dados PubMed nos últimos dez anos. Recorreu-se à seguinte sintaxe: limb amputations AND incidence AND prevalence AND (phantom pain AND phantom limb) NOT (Review OR qualitative studies OR theoretical study OR qualitative study). Com vista a situar a problemática em estudo foi enunciada a seguinte questão de investigação: Qual é a prevalência de dor fantasma, sensação fantasma e dor no membro residual em pacientes submetidos a cirurgia de amputação dos membros superiores ou inferiores?

Resultados

A partir da busca realizada e de acordo com o fluxograma que se apresenta (Figura 1) foram por nós encontrados 40 artigos, dos quais 22 foram excluídos por consenso dos autores por não estarem acessíveis na íntegra (N=7), por se tratar da mesma investigação, mas publicada em diferentes revistas (N=1), por se tratarem de artigos eminentemente teóricos (N=4) e por não apresentarem os dados epidemiológicos referentes à prevalências das variáveis objeto deste estudo.

Figura 1 – Fluxograma do número de artigos encontrados e selecionados



Quadro 1 – (Continuação)

N	Autor	Número de pacientes	Idade	Local de amputação	Tempo de amputação	Etiologia da amputação	Prevalência de dor
(9)	Desmond et al (2010)	141	74,8±ND	MS (100%)	Longo prazo	Trauma= 97,9% Infecção= 1,4% Câncer= 0,7%	Dor fantasma= 42,6% Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 43,3%
(10)	Probstner et al (2010)	65	54,4±18,5	MI (92%) MS (8%)	1 ano	Câncer= 100%	Dor fantasma= 46,7% Sensação fantasma= 90,7% Dor no coto ou membro residual= 32%
(11)	Hanley et al. (2009)	104	46,9±14,5	MS=100%	6 meses	Trauma= 83% Infecção= 8% Vascular= 8% Câncer= 1%	Dor fantasma= 79% Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 71%
(12)	Ebrahimzadeh et al (2009)	200	17,4±ND	MI (±95%) MS (±5%)	Longo prazo	Trauma= 100%	Dor fantasma= 17% Sensação fantasma= 54% Dor no coto ou membro residual= 42%
(13)	Kern et al (2009)	537	ND	ND	Longo prazo	ND	Dor fantasma= 74,5% Sensação fantasma= 73,4% Dor no coto ou membro residual= 45,2%
(14)	Schley et al (2008)	96	ND	MS (100%)	Até 3 anos	Trauma=100%	Dor fantasma= 44,6% Sensação fantasma= 53,8% Dor no coto ou membro residual= 61,5%
(15)	Mishra et al. (2007)	42	ND	ND	1 mês pós-operatório	Câncer= 100%	Dor fantasma= 60% Sensação fantasma= 69% Dor no coto ou membro residual= 31%
(16)	Onget et al. (2006)	150	59,6±12,8	MI (100%)	24 meses do pós-operatório	Trauma= 9,2% Vascular= 90,8%	Dor fantasma= 63,1% Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 32,6%

Quadro 1 – Principais resultados dos estudos

N	Autor	Número de pacientes	Idade	Local de amputação	Tempo de amputação	Etiologia da amputação	Prevalência de dor
(1)	Matsumoto et al (2014)	158	46,6±17,5	MI (100%)	ND	Trauma= 59% Vascular= 22% Infecção= 22% Câncer= 1%	Dor fantasma= 61,0% Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 46%
(2)	Fares et al. (2013)	83	14,0±ND	ND	ND	Trauma= 100%	Dor fantasma= 37,4% Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 71%
(3)	Sin et al. (2013)	159	20-99	MI (100%)	31 meses	Trauma= 8% Vascular= 33% Infecção= 47% Câncer= 2%	Dor fantasma= 25% Sensação fantasma= 63% Dor no coto ou membro residual= 39%
(4)	Clarke et al. (2013)	88	69,2±1,27	MI (100%)	Até 3 anos	Trauma= 100%	Dor fantasma= 85,6% Sensação fantasma= 68% Dor no coto ou membro residual= ND
(5)	Burgoyne et al (2012)	25	Mediana= 15 anos	MI (100%)	1 ano	Cancer= 100%	Dor fantasma= 76% Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= ND
(6)	Byrne, K. (2011)	56	40,3±10,5	MI (96,7%) MS (3,3%)	ND	Trauma= 76% Vascular= 10,2% Infecção= 3,4% Câncer= 10,3%	Dor fantasma= 51,7% Sensação fantasma= 79,3% Dor no coto ou membro residual= 62,1%
(7)	Karanikolas et al. (2011)	63	71,7±13	MI= 100%	6 meses	ND	Dor fantasma= 23% a 75% (variando conforme tipo de analgesia). Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= ND
(8)	Reiber et al. (2010)	283	60,7±3	ND	Longo prazo	Trauma= 100%	Dor fantasma= 72% Sensação fantasma= ND Dor no coto/ membro residual= 48%

Quadro 1 – (Continuação)

N	Autor	Número de pacientes	Idade	Local de amputação	Tempo de amputação	Etiologia da amputação	Prevalência de dor
(17)	Hanley et al. (2007)	57	44,2±12,6	MI (100%)	Aos 4-5 dias Aos 24 meses	Trauma= 70% Vascular= 25% Infecção= 5%	Aos 4-5 dias: Dor fantasma= 67%; Sensação fantasma= ND; Dor no coto ou membro residual= 93%. Aos 24 meses: Dor fantasma= 62%; Sensação fantasma= ND; Dor no coto ou membro residual= 57%.
(18)	Ephraim et al. (2005)	914	50,3±13,3	MS= 10,9 MI= 88,9	Longo prazo	ND	Dor fantasma= 82,9% Sensação fantasma= ND Dor no coto ou membro residual= 67,7%

Conclusões

Dando resposta à questão de investigação do nosso estudo a prevalência de DF variou entre 17,0%-82,9%. A prevalência de SF variou entre 53,8%-90,7%. A prevalência de DMR variou entre 31,0%-93,0%.

Apesar do fenómeno do membro fantasma em amputados constituir uma entidade clínica que só a partir de meados do século XX despertou a curiosidade de investigadores pensamos que existe hoje em dia um suporte científico bem estruturado que aponta a altas prevalências de DF, SF e DMR independentemente das causas de amputação. Esta evidência sugere que o controlo da dor no pré e no pós-operatório constituiu a melhor arma para a prevenção da DF.

Encontrámos um estudo que aponta que a redução de sintomatologia depressiva poderá reduzir a DF. Encontrámos um estudo que associa a DF nos primeiros dias do pós-operatório com as técnicas anestésicas utilizadas. Não foram por nós encontrados estudos que associem as técnicas cirúrgicas com a posterior prevalência de dor. Contudo, é de esperar que o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas possa conduzir a cotos mais funcionais e adaptáveis a próteses com redução da prevalência de DMR. Neste aspeto, deve ser valorizada o papel dos profissionais de enfermagem relativamente ao tratamento da ferida cirúrgica e enfaixamento com ligadura que deve buscar o objetivo de um bom coto para posterior protetização, sem edemas, bem tonificado e cicatrizado. Como não foram por nós encontrados investigações focadas nesta vertente sugerimos a realização de estudos de investigação por parte dos enfermeiros já que esta fase parece ser essencial para a redução da dor no coto e membro residual.

Bibliografia

- Burgoyne, L. L., Billups, C. A., Jirón, J. L., Kaddoum, R. N., Wright, B. B., Bikhazi, G. B., . . . Pereiras, L. A. (2012). Phantom limb pain in young cancer-related amputees: recent experience at St Jude children's research hospital. *Clin J Pain*, 28(3), 222-225. doi: 10.1097/AJP.0b013e318227ce7a
- Byrne, K. P. (2011). Survey of phantom limb pain, phantom sensation and stump pain in Cambodian and New Zealand amputees. *Pain Med*, 12(5), 794-798. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01105.x