

## 438 QUIZ

1. O diagnóstico de 'sensação de membro fantasma' pode incluir dor.

**Falso:** A sensação do membro fantasma só inclui experiências sensoriais não dolorosas percebidas como originárias do membro amputado.

2. A dor no membro fantasma é rara em pacientes pós-amputação de membro.

**Falso:** Até 78,8% dos pacientes pós-amputação sentirão dor no membro fantasma, com a dor iniciando na primeira semana pós-operatória em até 92% desses pacientes.

3. Acredita-se que a dor do membro fantasma ocorra apenas como resultado de alterações no córtex cerebral.

**Falso:** Os mecanismos propostos para o desenvolvimento de dor no membro fantasma incluem mecanismos mediados localmente, mecanismos no nível da medula espinal e mecanismos supraespinais.

4. Dor grave pré-operatória é apenas um fator de risco para o desenvolvimento de dor crônica pós-operatória se o local da dor pré-operatória for no membro operado.

**Falso:** Revisões recentes da literatura sobre dor no membro fantasma e dor crônica dos membros não fantasmas sugerem que a presença de dor pré-operatória, independente de sua relação anatômica com o local cirúrgico, aumenta significativamente o risco de desenvolver dor crônica pós-operatória.

5. Ansiedade e depressão são fatores de risco prováveis para o desenvolvimento de síndromes de dor pós-amputação.

**Verdadeiro:** Ansiedade e depressão não controladas no período perioperatório aumentam a probabilidade de surgimento de dor no membro fantasma e dor crônica no coto.

6. Há um volume significativo de estudos controlados randomizados grandes na literatura para orientar os médicos na tomada de decisão no que diz respeito às intervenções para evitar o desenvolvimento de dor no membro fantasma.

**Falso:** Infelizmente, ainda faltam evidências de boa qualidade para orientar a tomada de decisões sobre a prevenção do desenvolvimento de dor no membro fantasma.

7. Há evidências razoáveis de que os gabapentinoides são úteis para tratar a dor estabelecida do membro fantasma.

**Verdadeiro:** Há evidências de nível 2 que suportam o uso de gabapentinoides para o tratamento da DMF estabelecida, em termos de gravidade da dor, mas não funcionalidade.

8. Há evidências razoáveis de que os gabapentinoides são úteis para prevenir o aparecimento de dor no membro fantasma.

**Falso:** Há evidências de nível 2 de que os gabapentinoides no período pós-operatório NÃO impedem o desenvolvimento de dor no membro fantasma.

9. Há um conjunto significativo de evidências a favor do uso de infusões de lignocaína transoperatória para amputações.

**Falso:** Faltam evidências de qualidade para apoiar o uso de infusões de lignocaína transoperatória para dor pós-amputação.

10. Está comprovado que a cetamina previne a dor no membro fantasma.

**Falso:** Há literatura conflitante e insuficiente para corroborar o uso de cetamina para prevenção a longo prazo da dor no membro fantasma.

11. A cetamina poupa opioides no período pós-operatório imediato.

**Verdadeiro:** Há evidências significativas para ratificar as qualidades das infusões de cetamina no período pós-operatório imediato quanto ao uso menor de opioides.

12. As técnicas regionais de analgesia são igualmente eficazes na prevenção da DMF quando inseridas no transoperatório versus pré-operatório.

**Falso:** A maioria das evidências é favorável à colocação de cateteres regionais ou peridurais preventivos mais de 24 horas antes da cirurgia.

13. Os bloqueios de nervos periféricos de injeção única são provavelmente tão eficazes quanto as técnicas baseadas em cateter na prevenção de DMF.

**Falso:** A maioria das evidências corrobora o bloqueio regional contínuo por pelo menos 72 horas no pós-operatório.

14. Os antidepressivos são úteis para o tratamento da dor no membro fantasma, mesmo na ausência de um transtorno depressivo.

**Falso:** A evidência não é a favor de agentes antidepressivos serem usados especificamente como tratamento para síndromes de dor pós-amputação.

**15.** A calcitonina pode ser útil no tratamento da dor no membro fantasma.

**Verdadeiro:** Existem evidências para o uso de calcitonina no tratamento da dor estabelecida no membro fantasma, embora apenas evidências mistas nível 2.

**16.** A tecnologia de realidade virtual tem se mostrado ineficaz no tratamento da dor no membro fantasma.

**Falso:** A tecnologia de realidade virtual tem mostrado resultados iniciais promissores no tratamento da dor no membro fantasma.

**17.** Há uma menor incidência de bloqueio motor do quadríceps com um bloqueio sob o **sartório** (canal adutor) em comparação com bloqueio do nervo femoral.

**Verdadeiro:** Bloqueio sob o sartorio (canal adutor) tem menos probabilidade de afetar os ramos motores do nervo femoral, em oposição ao bloqueio tradicional de nervo femoral que causa fraqueza do quadríceps.

**18.** O bloqueio sob o **sartório** (canal adutor) é preferido em relação ao bloqueio de nervo femoral em todas as amputações de membros inferiores.

**Falso:** As amputações acima do joelho se beneficiarão de bloqueio do nervo femoral em **comparação** ao subsartorial, já que o bloqueio sob o **sartório** é principalmente útil para a cobertura de distribuição sensorial abaixo do joelho, e não da inervação da coxa.

**19.** As estratégias analgésicas para pacientes de amputação propostas devem começar o mais cedo possível, e incluir abordagens multidisciplinares e orientação do paciente.

**Verdadeiro:** A maioria das diretrizes e autoridades defende a educação precoce do paciente, a abordagem multidisciplinar e a intervenção analgésica precoce, com base em evidências pré-existentes.

**20.** As estratégias analgésicas multimodais são preferidas sobre estratégias de modalidade única.

**Verdadeiro:** Uma abordagem multimodal limita o perfil de efeito adverso relacionado à dose de qualquer agente, e também tem é direcionada a vários receptores diferentes que podem ser benéficos no tratamento e prevenção de diferentes aspectos da dor.